



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CAMPUS CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LETÍCIA AGUIAR LASSE

**A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE
LIBERDADE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
uma revisão integrativa**

Brasília

2018

LETÍCIA AGUIAR LASSE

**A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE
NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
uma revisão integrativa**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Inez Montagner

Brasília

2018

LETÍCIA AGUIAR LASSE

**A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

COMISSÃO JULGADORA:

Doutora Maria Inez Montagner
Professora Orientadora

Doutora Silvia Badim Marques
Professora-Examinadora

Professora Meiriany Arruda Lima
Professora-Examinadora

Brasília, 03 de dezembro de 2018

*Dedico este trabalho à minha família: meu
esposo, minha filha, meus pais e minha irmã, que
são as pessoas mais importantes da minha vida,
a base de tudo, com quem me sinto segura, feliz e
completa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter sido meu alicerce durante todos esses anos de graduação e em todos os outros momentos e aspectos da minha vida. Ele é meu amigo de todas as horas; nos dias difíceis, traz acalanto ao meu coração; nos dias conturbados, Ele é minha paz; quando penso em desistir, é Ele quem me dá forças para seguir em frente. Tudo que sou devo a Ti e tudo que ainda hei de conquistar serão para Tua honra e glória.

Aos meus pais, Rogério Lasse e Leila Lasse, que sempre foram meus maiores incentivadores para a concretização deste sonho, nunca deixaram de acreditar no meu potencial e sempre fizeram e ainda fazem tudo que está ao alcance para me verem bem e feliz. Agradeço, principalmente, por serem os melhores avôs que minha filha poderia ter. Não posso deixar de agradecer em especial à minha mãe, que além de ser minha companheira, cúmplice e melhor amiga, é quem mais me ajudou a cuidar da Liz para que eu conseguisse chegar até aqui. Amo vocês!

À minha irmã Mariana Lasse, que principalmente nesse último semestre da graduação foi muito parceira e paciente, me ajudando com os cuidados da Liz quando eu precisava ir para a faculdade. Irmã, muito obrigada, seu apoio foi essencial!

Agradeço ao meu esposo, Paulo Henrique de Oliveira, que me acompanha desde o ingresso na Universidade, com muito amor e paciência, me dando todo o apoio necessário e que, durante todos esses anos, sempre fez questão de demonstrar o quanto se orgulha de mim e de me motivar todas as vezes que eu estava desacreditada. Amor, sei que você sonhou tanto quanto eu com essa conquista. Te amo, demais!

À ela, que é minha luz, a razão da minha existência, quem me faz acordar todos os dias com vontade de ser cada vez uma pessoa melhor. Ela, que desperta em mim os melhores sentimentos, que me apresentou ao amor incondicional, a minha pequena Liz. Filha, não sei como consegui viver tanto tempo sem você. A vida só fez sentido depois que você chegou. A mamãe te ama até o céu!

Aos meus familiares por me ensinarem valores tão importantes que levarei para a vida, pelo amor, carinho e afeto a mim dedicados. Agradeço em especial às minhas primas Jéssica, Monique, Camila e Paulinha, por momentos de descontração, conversas amigas e o apoio incondicional.

Agradeço a todos os meus amigos e as companheiras de curso por dividirem comigo momentos tão importantes e felizes da minha vida e mostrarem que eu jamais estaria sozinha para superar os obstáculos que a vida me impusesse.

E como não poderia deixar de ser, agradeço à minha orientadora, Prof^a Dra. Maria Inez Montagner, a quem sou eternamente grata pelo carinho e dedicação, por todos os direcionamentos e principalmente pela paciência e pela disponibilidade de sempre. Você foi fundamental para a realização deste sonho. Muito obrigada!

Enfim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para que este sonho de finalizar uma etapa da minha vida se tornasse possível.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade do Sistema Penitenciário brasileiro. Destina-se a pesquisadores e profissionais que tenham interesse pelo assunto de saúde no âmbito prisional, bem como à sociedade em geral, por permitir uma reflexão acerca das condições de saúde e da garantia de direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade dentro de um contexto em que é evidente a ascensão de um modelo punitivista em detrimento de ações que visem a ressocialização dos apenados. Para tanto, buscou-se identificar, reunir e sintetizar, por meio de uma Revisão Integrativa, evidências científicas disponíveis na base de dados *Scielo* que contribuíssem para o entendimento do cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade na realidade das instituições prisionais brasileiras. Este trabalho foi realizado com base nos princípios da integralidade e equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como também na legislação vigente acerca do direito à saúde das pessoas em situação de cárcere.

Palavras-chave: Pessoas privadas de liberdade. Sistema prisional. Revisão integrativa. Saúde. SUS.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the health care of people deprived of liberty in the Brazilian Penitentiary System. This work is intended for researchers and professionals interested in the subject of health in prison system, as well as society in general, for allowing a reflection on the health conditions and the guarantee of the fundamental rights of people deprived of liberty within a context where it is evident the rise of a punitive model to the detriment of actions that aims the resocialization of the incarcerated persons. In order to do so, it was sought to identify, gather and synthesize, through an Integrative Review, the scientific evidence available in the Scielo database that contributed to the understanding of the health care of people deprived of liberty in the reality of Brazilian prison institutions. This work was carried out based on the principles of integrality and equity advocated by the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde), as well as in the current legislation on the right to health of people in prison.

Keywords: *People deprived of liberty. Prison system. Integrative Review. Health. SUS.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa inicial realizada e do retorno de artigos após aplicação de filtros.....	24
Figura 2 - Fluxograma dos artigos pré-selecionados e da amostra final selecionada	25
Figura 3 - Evolução das pessoas privadas de liberdade (em mil) entre 1990 e 2016*	29
Figura 4 - Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil	30
Figura 5 - Raça, cor ou etnia das pessoas privadas de liberdade.....	31
Figura 6 - Escolaridade das pessoas privadas de liberdade no Brasil	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pessoas privadas de liberdade em unidades com e sem módulos de saúde	34
Quadro 2 - Consultas médicas realizadas no primeiro semestre de 2014*	35
Quadro 3 - Outros atendimentos na área da saúde	36
Quadro 4 - Publicações selecionadas para análise da revisão integrativa durante o período de 2007 a 2017	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRGPL	Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei de Execução Penal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUBR	Organização das Nações Unidas do Brasil
PBE	Prática Baseada em Evidência
PNAISH	Política Nacional de Ação Integração à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Revisão Integrativa
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Breve histórico da pena privativa de liberdade.....	13
1.2 O Sistema Prisional Brasileiro	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5 METODOLOGIA	23
5.1 Aspectos éticos da pesquisa	26
6 ANÁLISE DOCUMENTAL	28
6.1 O Sistema Prisional Brasileiro, seus aspectos SOCIOdemográficos e outros dados importantes	28
6.2 Dados sobre a assistência à saúde nas instituições prisionais brasileiras	32
6.3 Marcos históricos da legislação pertinente ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil	36
7 REVISÃO INTEGRATIVA.....	49
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
8.1 Direito à saúde das pessoas privadas de liberdade	56
8.2 Condições de saúde, de acesso e de assistência das pessoas privadas de liberdade	57
8.3 Saúde da mulher privada de liberdade	62
8.3.1 Saúde sexual, gravidez e maternidade	64
8.4 Saúde do homem privado de liberdade	70
8.5 Saúde mental das pessoas privadas de liberdade	72
8.6 Gestão da saúde dentro das penitenciárias	75
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
10REFERÊNCIAS	80

CAPÍTULO I

Neste Capítulo serão apresentados a Introdução, a Justificativa, os Objetivos, a Metodologia e o Referencial Teórico deste trabalho

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVE HISTÓRICO DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE

Até o final do século XVIII, no ocidente, as penas eram, majoritariamente, aplicadas como forma de castigos, os quais variavam desde banimento ou multa até confissões públicas, torturas, mutilações e morte. Não existia a ideia de privação de liberdade como forma de castigo, o acusado era mantido sob custódia somente enquanto esperava a efetiva execução de sua sentença.

Desse modo, naquela época, a maioria das possibilidades de punições era corporal; mesmo os castigos que não tinham caráter físico, como o banimento ou multa, vinham, quase sempre, acompanhados de suplícios – penas centralizadas no sofrimento do delinquente, bastante comuns à época. Para o cumprimento das sentenças, eram realizados espetáculos públicos consagrados pelo lamento do corpo, os quais, embora muito cruéis, eram apreciados pela sociedade. A aplicação desproporcional dessas sanções era justificada por uma falsa concepção de justiça que, na verdade, não passava de uma necessidade de vingança. (FOUCAULT, 1987).

Com o passar do tempo, foram acontecendo muitas mudanças que contribuíram para um maior afrouxamento do ato de punir. As penas começaram a perder seu caráter cruel e irracional e as sanções passaram a ser aplicadas de forma mais suave, com mais respeito e humanidade. Já não se utilizavam mais os suplícios como técnica de sofrimento e, apesar de ainda existir um forte domínio sobre o corpo do acusado, o objeto de pena passou a ser a perda de um bem ou de um direito. (FOUCAULT, 1987).

Diante desse contexto de significativas mudanças, surge, então, no início do século XIX, a privação de liberdade como forma de prisão. Caldeira (2009, p. 267) destaca que esse positivo progresso em relação ao ato de punir fez com que aquele momento, no mundo ocidental, ficasse marcado como “o período humanitário da pena”.

Entretanto, a ideia de privar o indivíduo de sua liberdade como forma de punição estava mais relacionada à emergência de um modelo capitalista de produção, do que a um propósito humanitário e idealista de reabilitação do condenado. Isso pode ser explicado pelo fato de que esse novo modelo provocou muitas transformações socioeconômicas que proporcionaram o aumento da pobreza e, conseqüentemente, dos delinquentes e desafortunados, o que fez com que a pena de morte se tornasse

uma sanção inadequada, haja vista que não poderia ser aplicada a tanta gente. Com isso, a prisão surge como uma forma de controle social, pois era necessário à classe burguesa, em ascensão, possuir um instrumento que permitisse a submissão do delinquente ao capitalismo. A partir da ideologia de privação de liberdade do indivíduo surgem, então, os estabelecimentos organizados, como as casas de detenção e as penitenciárias, que deram origem ao sistema prisional.

Nos Estados Unidos foram estabelecidos importantes sistemas que influenciaram a organização dos presídios no final do século XVIII e início do século XIX: o Sistema da Filadélfia e o de Auburn. O sistema Filadélfico preconizava o isolamento dos presos em celas individuais, o silêncio absoluto, não sendo permitida nenhuma forma de comunicação. Esse método foi bastante criticado, pois visava apenas a recuperação interna do indivíduo, não era dada nenhuma importância a sua readaptação social. (SILVA, 2012).

Já no sistema de Auburn, o isolamento era apenas no turno da noite, sendo permitido o trabalho em grupo durante o dia, porém, ainda prevalecia a lei do silêncio absoluto. Mais tarde, surgiu na Inglaterra, o sistema progressivo chamado de *mark system*, idealizado pelo Capitão da Armada Inglesa, Alexander Maconochie, e introduzido na ilha de Norfolk (1840). Consistia em um sistema no qual o preso acumulava pontos, que podiam variar entre positivos ou negativos, a depender do seu comportamento em razão do trabalho ou conduta disciplinar, onde os créditos poderiam levá-lo até o mérito da liberdade condicional. Esse modelo foi aperfeiçoado na Irlanda, onde se criou “a prisão intermediária, na qual antes da liberdade condicional o preso trabalharia ao ar livre em estabelecimentos especiais, longe da prisão fechada”. (SILVA, 2012). Com o passar do tempo, esse modelo se espalhou por todo o mundo e algumas de suas características ainda podem ser observadas no atual sistema prisional.

1.2 O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

No tocante ao Brasil, Engbruch e Santis (2012) destacam que a reformulação do sistema punitivo brasileiro se inicia em 1824 com a nova carta Constitucional. Foram banidas as penas cruéis e determinou-se que as cadeias fossem seguras, limpas, bem arejadas e os réus separados de acordo com as circunstâncias e natureza de seus crimes.

Todavia, é somente a partir de 1830, por meio do Código Criminal do Império, que a pena privativa de liberdade é introduzida no Brasil, sob duas formas: prisão simples ou prisão com trabalho, podendo, nesse caso, ser perpétua. Ainda se mantinham a pena de morte e o trabalho forçado. (ENGBRUCH; SANTIS, 2012).

Segundo Batistela e Amaral (2008), o Código estabelecia três tipos de crimes: os públicos, que consistiam naqueles contra a ordem política, o império e o imperador; os particulares, que eram os praticados contra o indivíduo ou contra a propriedade; e os policiais, que eram atos de ilicitude contra a ordem civil e os bons costumes. As autoras destacaram, ainda, que dentre as características desse código, as principais eram a exclusão da pena de morte para os crimes políticos, a imprescritibilidade das penas, a reparação do dano causado pelo delito, a responsabilidade sucessiva nos crimes de imprensa e, por fim, que o ajuste prévio entre duas ou mais pessoas era considerado agravante na prática do crime.

Em 1832, foi promulgado o Código de Processo Criminal do Império, que tratou da organização judiciária e da parte processual complementar ao Código Criminal e vigorou por mais de 60 anos. Com a promulgação da República Federativa do Brasil, em 1888, verificou-se a necessidade de uma reforma na legislação criminal, haja vista que as leis vigentes estavam defasadas. Com isso, em 1890, o governo nomeou uma comissão de juristas para elaboração de um novo código. Em pouco tempo, o projeto foi estruturado e no dia 11 de outubro de 1890 foi aprovado o novo Código Penal. (BATISTELA; AMARAL, 2008).

O Código de 1890 banuiu a pena de prisão perpétua e a condenação à morte, entretanto, pecava na desproporcionalidade entre a aplicação da pena e o crime praticado. Por ter sido um documento elaborado em um período muito curto de tempo, foram identificados muitos problemas estruturais, o que gerou a necessidade da elaboração de um novo Código Penal. (BATISTELA; AMARAL, 2008).

Após várias tentativas frustradas na elaboração do novo projeto, finalmente, em 1940, é apresentado ao governo um novo Código Penal. O documento foi aprovado em dezembro do mesmo ano e entrou em vigor em 1942. Embora tenha sido elaborado durante o regime ditatorial, o novo código teve embasamento no direito punitivo democrático e liberal. Ele foi dividido em duas partes, geral e especial. Na parte geral, o Código, dentre outros temas, tomou como base o princípio da reserva legal; adotou o sistema duplo binário, o sistema progressivo para o cumprimento da pena privativa de liberdade, a suspensão condicional da pena e o livramento

condicional. Na parte especial, dividida em onze títulos, a matéria trata, inicialmente, dos crimes contra a pessoa, e ao final, dos crimes contra a administração pública. Determina, ainda, que o máximo da pena privativa de liberdade seja de 30 anos. (BATISTELA; AMARAL, 2008).

Em 1984, a Lei Federal n.º 7.209 foi instituída como uma proposta de reforma ao Código Penal. A Lei modificou o Código, tendo como ponto marcante o abandono do sistema duplo binário, ou seja, nos casos em que se comprove que, por alterações de saúde mental, o autor seja incapaz de perceber a ilicitude do fato, tanto de forma total (inimputável) ou parcial (semi-imputável), o juiz deve optar pela aplicação da medida de segurança, que uma vez instalada, cessa a culpabilidade do agente. As medidas de segurança são divididas em dois tipos: (1) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e (2) sujeição à tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1984a).

A lei estabeleceu, também, com melhor precisão, os regimes das penas privativas de liberdade, os quais podem ser classificados em fechado, que é quando a execução da pena é realizada em estabelecimento de segurança máxima ou média; o semiaberto, no qual o preso cumpre a pena em colônias agrícolas, industriais ou outro estabelecimento similar e, na maioria das vezes, é permitido pelo juiz a realização de atividades externas, como cursos e trabalhos; e aberto, cuja execução deverá processar-se em casa de albergado ou instituição adequada. (BRASIL, 1984a).

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, considera que são partes constituintes do Sistema Penitenciário Brasileiro todos os estabelecimentos penais e penitenciárias utilizados pela Justiça com a finalidade de abrigar presos, sejam eles provisórios ou condenados, bem como aqueles que estejam submetidos à medida de segurança.

Tendo como foco a população privada de liberdade e a saúde como eixo norteador deste trabalho, foi realizada uma Revisão Integrativa, na qual buscou-se reunir e sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura com o intuito de apreender todo o conhecimento acerca da atenção à saúde dessa população no contexto do Sistema Penitenciário Brasileiro.

2 JUSTIFICATIVA

É evidente que existe uma crise instalada no Sistema Prisional brasileiro que há anos vem provocando a gradativa falência dessa instituição. Vários são os fatores determinantes dessa problemática, sejam eles relacionados à sociedade como um todo, como, por exemplo, a desigualdade social, a precária educação e a falta de emprego, que afetam diretamente o aumento da criminalidade; bem como, fatores especificamente inerentes ao contexto prisional, destacando-se a incisiva predominância da adoção, por parte do Estado, de um modelo punitivista em detrimento da ressocialização; e a morosidade na resolução dos processos criminais e em conceder benefícios àqueles que já fazem jus à progressão de regime ou a outras prerrogativas.

Como consequência dos aspectos relacionados acima, destaca-se o exacerbado e progressivo crescimento da população carcerária brasileira, onde a maior parte é de jovens negros, de baixa renda e baixa escolaridade, ou seja, população de vulnerabilidade social. Esse fator aliado a um sistema prisional totalmente ineficiente contribui para a precariedade das condições de vida dentro dos presídios. As pessoas privadas de liberdade estão inseridas num contexto onde são expostas a situações extremamente degradantes e desumanas, as quais revelam a transgressão de direitos fundamentais garantidos na Constituição Federal, tal como a dignidade da pessoa humana. Dentre os vários problemas observados no Sistema Prisional brasileiro, destacam-se a superlotação das celas, as péssimas condições das estruturas físicas e a insalubridade dos ambientes.

Esse cenário de total escassez de dignidade e sobrevivência torna o cárcere um lugar bastante propício à proliferação de epidemias e ao rápido contágio de doenças. Além disso, aspectos como a má alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas e a falta de higiene, característicos desses ambientes, contribuem para a vulnerabilidade da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Em consonância a esses fatores, deve-se, ainda, considerar o fato de que essas pessoas têm um acesso restrito às ações e aos serviços de saúde, imposto pela própria condição de encarceramento, que as colocam em uma situação de negligência em relação à garantia do seu direito à saúde, o que pode, em muitos casos, gerar uma dupla penalização: a pena à qual foi condenada, propriamente dita, e uma condição de saúde deplorável adquirida durante a sua permanência no cárcere.

Aspecto esse, que, dentre tantos outros, poderia dificultar ainda mais uma futura reinserção social.

Diante disso, o interesse de fazer este estudo surgiu principalmente após uma experiência de trabalho na Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal (FUNAP/DF), onde foi possível conviver de perto com pessoas em situação de cárcere e perceber o quanto essa população é colocada à margem da sociedade, em todos os aspectos. Contudo, ao trazer a problemática para o âmbito da Saúde Coletiva, será realizada uma Revisão Integrativa com o intuito de reunir e compreender as informações disponíveis na literatura acerca da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Penitenciário brasileiro.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, por meio de uma revisão integrativa, a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade na realidade do Sistema Penitenciário brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar dados sobre aspectos sociodemográficos, assistência e acesso à saúde no sistema prisional brasileiro e as legislações pertinentes ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, como forma de subsidiar o desenvolvimento da revisão integrativa;
2. Identificar e sintetizar as evidências disponíveis na literatura sobre a importância da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade;
3. Tecer considerações que contribuam para o enfrentamento de dificuldades e os avanços, principalmente no que tange à saúde, para a melhoria do sistema prisional do Brasil.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), com a crescente quantidade e complexidade de informações na área da saúde, tornou-se necessário o aprimoramento de técnicas que, no âmbito da pesquisa científica, utilizassem etapas metodológicas mais definidas e que propiciassem aos profissionais uma melhor utilização das evidências percebidas nos inúmeros estudos. Nesse contexto, a Revisão Integrativa (RI) emerge como uma metodologia de revisão da literatura, fundamentada na abordagem da Prática Baseada em Evidências (PBE). A PBE tem a finalidade de utilizar resultados de pesquisas para a resolução de problemas na prática clínica, ou seja, alinhar o conhecimento científico à prática em saúde, para subsidiar a prestação do cuidado. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI consiste em um método que tem como objetivo agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão delimitada, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, com vistas a contribuir para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema selecionado. (FERENHOF; FERNANDES, 2016). Ou seja, o método proporciona a síntese do conhecimento já produzido e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática clínica. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, a RI pode ser considerada uma importante ferramenta no processo de comunicação dos resultados de pesquisa, pois proporciona dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica para a melhoria da assistência à saúde. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Souza, Silva e Carvalho (2010) definiram que o processo de elaboração de uma revisão integrativa perpassa seis etapas: (1) definição da pergunta norteadora, que determinará o objeto a ser estudado e a escolha dos estudos utilizados na pesquisa e das informações coletadas de cada um deles; (2) busca na literatura e delimitação da amostra, a qual deve consistir em uma procura ampla e diversificada em bases de dados. Nessa etapa, devem-se ser estabelecidos, também, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos; (3) coleta de dados relevantes de cada estudo; (4) análise crítica dos estudos incluídos, que definirá a confiabilidade dos métodos e resultados observados, além de auxiliar na determinação da utilidade prática de cada estudo; (5) discussão dos resultados, a partir da interpretação e síntese dos estudos;

e (6) apresentação da revisão integrativa, que deve ser clara e completa de modo que permita ao leitor o entendimento e a avaliação crítica dos resultados.

A pesquisa foi realizada na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores Saúde, Prisão, Prisões e Sistema Prisional. A partir daí foi possível relatar o que o objetivo central da revisão integrativa propôs: analisar estudos científicos que nos auxiliem a compreender a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional Brasileiro. Ou seja, buscar evidências na literatura que revelem como a saúde é assegurada e vivenciada na prática das instituições prisionais brasileiras.

Com o intuito subsidiar o fornecimento de dados para essa revisão integrativa, foi realizada, também, uma pesquisa documental. De acordo com Gil (2008), a pesquisa documental muito se assemelha a uma pesquisa bibliográfica. No entanto, o que difere uma da outra é que, em uma pesquisa documental, são utilizados como fontes, materiais que ainda não receberam qualquer tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objeto de pesquisa, enquanto a pesquisa bibliográfica, utiliza-se de contribuições de diversos autores sobre um determinado tema.

Segundo Chechin et al. (2016, p. 2), “o uso de documentos para a pesquisa, traz uma riqueza de informações (...), aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural”. O autor destaca, ainda, que a pesquisa documental pode ser utilizada como uma metodologia principal de pesquisa, ou para complementar uma outra pesquisa, subsidiando dados de outras fontes, com o intuito de corroborar para a confiabilidade das informações. Foi, exatamente, nessa segunda perspectiva que a pesquisa documental foi utilizada nesse estudo, como forma de subsidiar a revisão integrativa.

Cellard (2012, p. 296) entende por documento ou “fonte” tudo aquilo que é vestígio do passado ou que serve como testemunho, podendo ser textos escritos ou documentos de natureza iconográfica ou cinematográfica, entre outros. Gil (2008) completa que existem documentos de “primeira mão”, que são aqueles que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, como, por exemplo, cartas pessoais, fotografias, regulamentos, diários etc. E existem, também, aqueles considerados de “segunda mão”, que se trata dos que, de alguma forma, já foram analisados, alguns exemplos: relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, entre outros.

Com relação ao processo da pesquisa documental, Chechinell et al. (2016) destacam que a análise documental inicia pela avaliação preliminar de cada documento, sobre o qual deve-se fazer um exame crítico levando em consideração os seguintes elementos: contexto social e histórico no qual o documento foi elaborado, a inserção contextual do autor e a quem ele foi direcionado; conhecimento da identidade, dos interesses e dos motivos (pelo qual foi elaborado tal documento) do autor ou autores; a autenticidade e a confiabilidade, assegurando-se a qualidade da informação transmitida; a natureza do texto, como por exemplo, documentos de natureza teológica, médica ou jurídica; e os conceito-chave e a lógica interna do texto, ou seja, entender os sentidos dos termos empregados nos textos.

Após a análise de cada documento, passa-se para a análise documental propriamente dita, que consiste em reunir todos os dados resultantes da observância dos elementos citados acima. Essa análise deve ser baseada em uma interpretação coerente, tendo como base a proposta principal do objeto de pesquisa. (CHECHINELL et al., 2016).

Para dar embasamento à essa RI, foram analisados tanto documentos de primeira mão, sejam eles, normas e leis consideradas marcos históricos na garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, bem como, documentos de segunda mão, sendo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), dos anos de 2014 e 2016, que é um relatório produzido pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça.

5 METODOLOGIA

Para esse estudo, foi adotada como principal estratégia metodológica a Revisão Integrativa (RI), que consiste na análise e síntese de resultados de estudos sobre um mesmo tema. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Todavia, para subsidiar a pesquisa, foi realizada, também, uma análise documental, que teve o objetivo de levantar informações importantes acerca do Sistema Prisional Brasileiro e da legislação pertinente ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, com vistas a corroborar para a confiabilidade desse estudo. Essa análise será apresentada mais adiante, no Capítulo II deste estudo.

No que diz respeito à RI, de acordo com o que propõem Souza, Silva e Carvalho (2010), a fase inicial e de maior importância para esse método é a formulação da pergunta norteadora da pesquisa. Essa é considerada a etapa de maior relevância porque determinará “quais estudos serão incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado”. Portanto, a nossa pergunta: “Como se dá a atenção à saúde às pessoas privadas de liberdade nas instituições que compõe o sistema prisional brasileiro?”. Buscou-se através dessa pergunta reunir e descrever resultados encontrados em pesquisas publicadas em revistas científicas sobre o tema.

A segunda fase da pesquisa consistiu na busca ou amostragem na literatura. Para tal, entre os dias 22 e 24 de agosto, fez-se uso da base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) para uma primeira pesquisa, utilizando os descritores: saúde, prisão, prisões e Sistema Prisional. Para auxiliar na busca, foram feitas 2 (duas) compilações com os descritores mencionados utilizando operadores booleanos: “prisão OR prisões OR sistema prisional” e “saúde AND (prisão OR prisões OR sistema prisional)”.

Ainda na segunda fase da pesquisa, foi feita a seleção da amostra dos estudos a serem utilizados na pesquisa, que se deu da seguinte forma:

1. Na primeira busca foi recuperado um total de 575 artigos. Desses, 345 estudos foram eliminados após a inserção dos filtros de pesquisa: (1) coleção: Brasil; (2) idioma: português, (3) ano: 2007 a 2017; e (4) tipo de literatura: artigo. Restaram 230 artigos;
2. Após a leitura de reconhecimento, baseada nos títulos e resumos dos estudos, para localizar e selecionar o material bibliográfico que indicava ter informações

e/ou dados referentes ao tema, dos 230 estudos resultantes da primeira seleção, 191 foram eliminados por não se enquadrarem ao objetivo central da pesquisa.

3. Por fim, dos 39 estudos pré-selecionados, 14 foram excluídos por estarem duplicados, 1 por não ter sido realizado no Brasil e 5 porque tratavam basicamente do mesmo assunto já abordado em outras pesquisas, também selecionados para o estudo. Portanto, a amostra final selecionada para análise foi de 19 artigos científicos.

Para facilitar o entendimento do passo a passo para a busca e seleção da amostra de estudos, foram elaborados dois fluxogramas:

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa inicial realizada e do retorno de artigos após aplicação de filtros

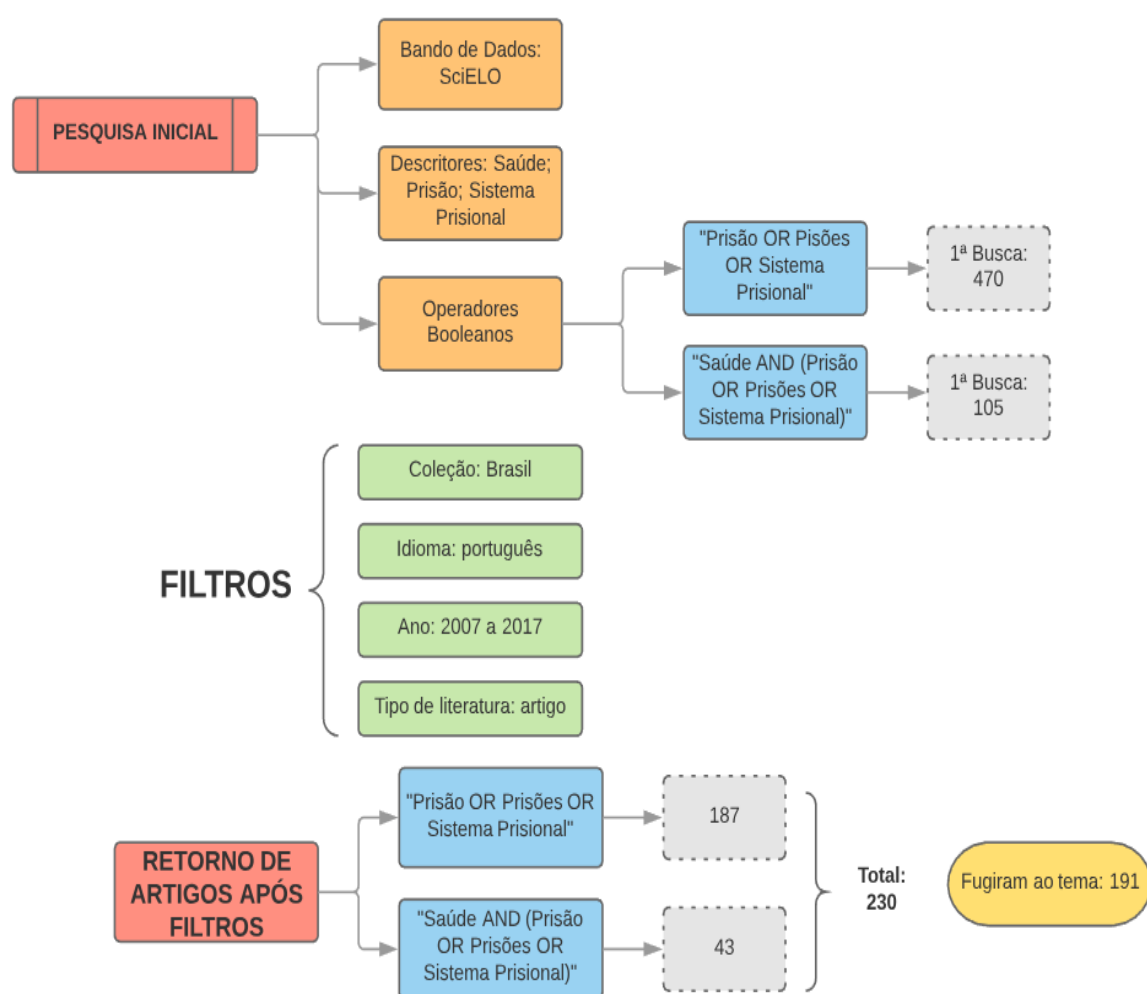
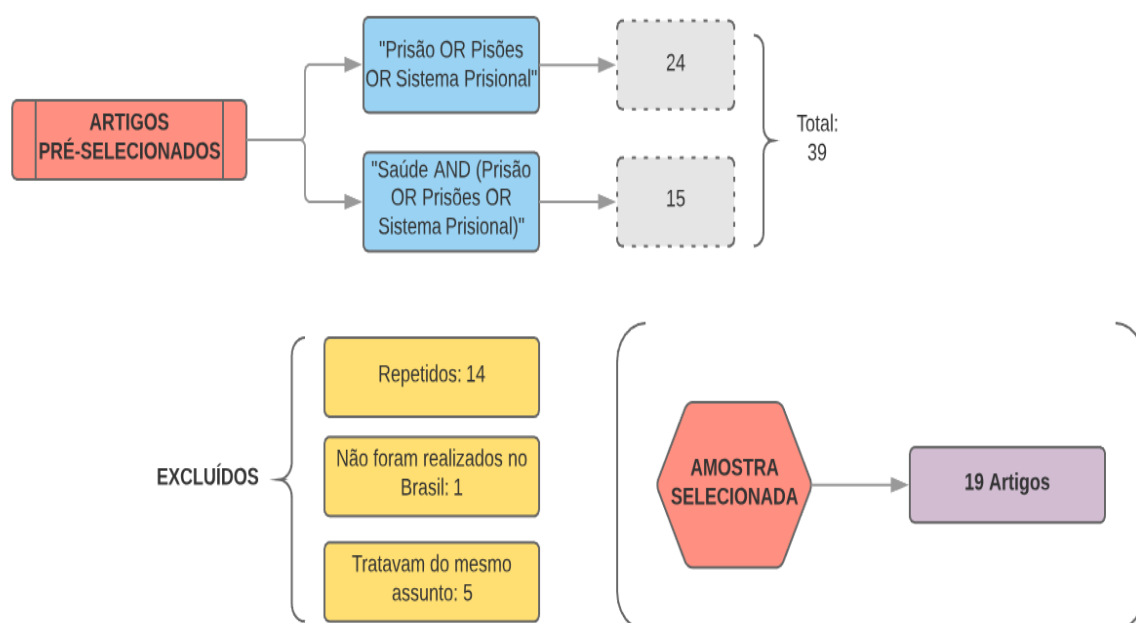


Figura 2 - Fluxograma dos artigos pré-selecionados e da amostra final selecionada



Fonte: Da autora.

Portanto, para atender aos critérios de exclusão desse estudo, foram retirados os artigos que fugiam do contexto do objeto de pesquisa, os que apareceram repetidamente nos argumentos de busca e, por fim, os que não haviam sido realizados no Brasil e os que tratavam basicamente do mesmo assunto já abordado em outros estudos também selecionados. Já como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos, publicados no período de 2007 a 2017, realizados no Brasil e escritos no idioma português.

Na terceira fase, os artigos foram analisados e sintetizados de acordo com a identificação dos temas abordados, os quais foram agrupados nas seguintes categorias: direito à saúde das pessoas privadas de liberdade; condições de saúde, de acesso e de assistência; saúde da mulher; saúde do homem; saúde mental; e gestão da saúde penitenciária.

Na quarta etapa, foi realizada a análise crítica, com o intuito de elucidar possíveis conflitos acerca de divergências e convergências dos diferentes resultados dos estudos, de acordo com cada categoria analisada. Posteriormente, na quinta fase,

fez-se a interpretação da síntese dos resultados, sobre as quais foram apontadas sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Por fim, na sexta e última etapa, foi feita a apresentação da revisão integrativa com informações pertinentes e detalhadas, baseadas nas metodologias contextualizadas e nas evidências dos estudos. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

5.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A resolução traz termos e condições a serem seguidos e trata do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de interrelação que visa a proteção dos participantes de pesquisa. (BRASIL, 2012).

A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia; não-maleficência; beneficência; justiça e equidade etc. e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. (BRASIL, 2012).

Essa pesquisa não precisou ser submetida ao Comitê de Ética por se tratar de um estudo feito com dados secundários, os quais não envolvem seres humanos de forma direta ou indireta. Os custos que envolveram o estudo foram de responsabilidade da pesquisadora.

CAPÍTULO II

Neste Capítulo será apresentada a Análise Documental que servirá para subsidiar e dar embasamento à Revisão Integrativa.

6 ANÁLISE DOCUMENTAL

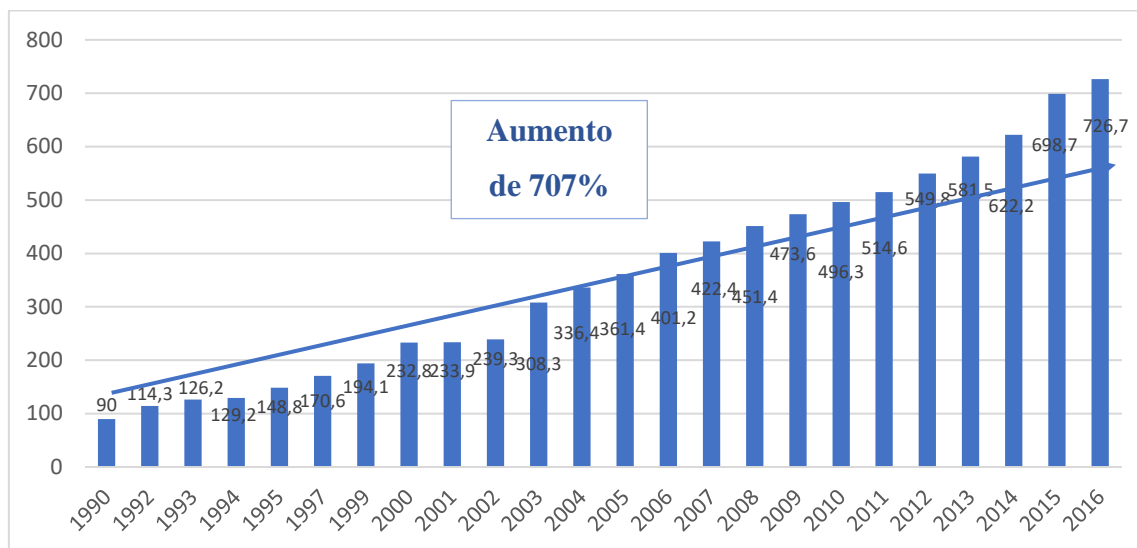
A análise documental foi realizada através do exame crítico do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), de junho de 2014 e junho de 2016, que é um relatório elaborado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça; e, também, de normas e leis relacionadas ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Esses documentos apresentam dados considerados de grande relevância para subsidiar o entendimento do objeto de pesquisa.

Para facilitar a exposição e a compreensão dessa análise, foi feita a divisão dos assuntos a serem tratados em 3 tópicos: (1) O sistema prisional brasileiro, seus aspectos sociodemográficos e outros dados importantes; (2) Dados sobre a assistência à saúde nas instituições prisionais brasileiras; (3) Marcos históricos da legislação pertinente ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil.

6.1 O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO, SEUS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OUTROS DADOS IMPORTANTES

De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2017) – relatório produzido pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão subordinado ao Ministério da Justiça –, em junho de 2016, a população prisional brasileira chegou à marca dos 726.700 indivíduos, o que confirma que o número de pessoas privadas de liberdade cresceu em mais de meio milhão entre os anos de 1900 até junho de 2016. Isso corresponde a um aumento total de 707%, conforme demonstra a Figura 3. Esses dados evidenciam que o Brasil é o quarto país com a maior população carcerária do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia. (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Figura 3 - Evolução das pessoas privadas de liberdade (em mil) entre 1990 e 2016*



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

*Com exceção do ano de 2002, em que foi produzido apenas relatório referente ao primeiro semestre do ano, e do ano de 2016, que se refere a junho, os demais dados referem-se ao mês de dezembro de cada ano. Não há dados disponíveis para os anos de 1996 e 1998. Os dados disponíveis em cada ano incluem as pessoas privadas de liberdade que se encontram no Sistema Penitenciário Federal.

Ao analisar a população prisional por estado da federação, verifica-se que o estado de São Paulo é o que concentra o maior número de presos. Os dados de junho de 2016 mostram que, naquele ano, havia um total de 240.061 pessoas presas no estado, o que correspondia a 33,1% de toda a população carcerária do Brasil. O estado que apresentava o menor número de pessoas privadas de liberdade era Roraima, com 2.339 pessoas. Já o Distrito Federal estava entre os estados que se encontravam numa posição mediana, com uma população carcerária de 15.194 pessoas. (BRASIL, 2017).

Com este elevado número populacional de pessoas privadas de liberdade, em junho de 2016, foi constatado um déficit de 358.663 vagas nas instituições prisionais do Brasil, haja vista que o número de pessoas presas excede em, praticamente, o dobro do número total de vagas ofertadas, que é de 368.049. Ainda de acordo com o INFOPEN/2016, no ano 2000, para cada 100 mil habitantes existiam 137 pessoas presas. Em junho de 2016, a taxa de aprisionamento registrada foi de 352,6 presos por 100 mil habitantes. Portanto, no período compreendido entre os anos 2000 e 2016, revelou-se um aumento de 157% dessa taxa, no Brasil. (BRASIL, 2017).

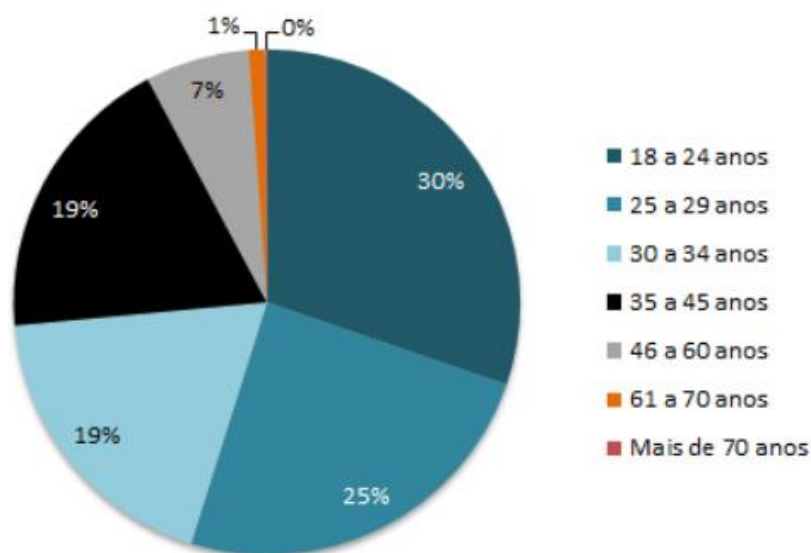
Diante desses dados é possível constatar que se a população carcerária mantiver esse ritmo de crescimento, em 2022 ela terá ultrapassado a marca de 1

milhão de pessoas, já para o ano de 2075, a estimativa é que a cada 10 pessoas, 1 estará presa. (BRASIL, 2014a).

Quanto aos dados referentes ao gênero, observa-se que, no primeiro semestre de 2016, o público masculino em situação de privação de liberdade superou o feminino em mais de 600 mil pessoas. Enquanto o número de homens registrado foi de 665.482, o de mulheres era de 42.355, ou seja, existiam, aproximadamente, na população total encarcerada, 95 homens para cada 6 mulheres. (BRASIL, 2017).

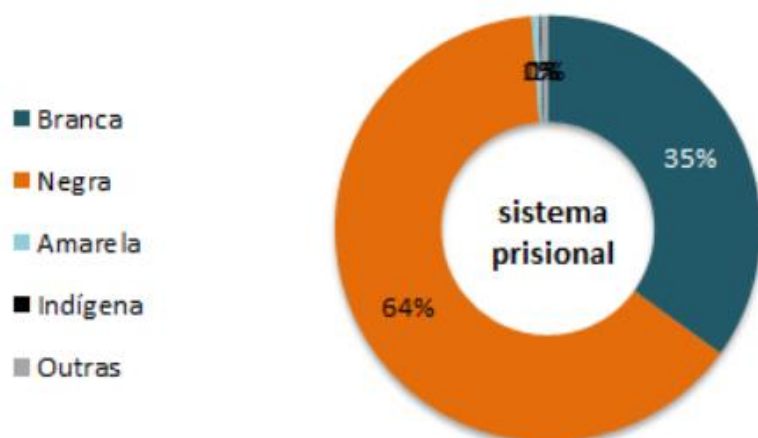
Em se tratando do perfil da população privada de liberdade no que diz respeito à faixa etária, raça/cor ou etnia e escolaridade, foi possível averiguar no relatório INFOPEN 2016 que a maioria é de jovens entre 18 a 29 anos, negros e de baixa escolaridade, conforme pode ser visto nas Figuras 4, 5 e 6:

Figura 4 - Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil



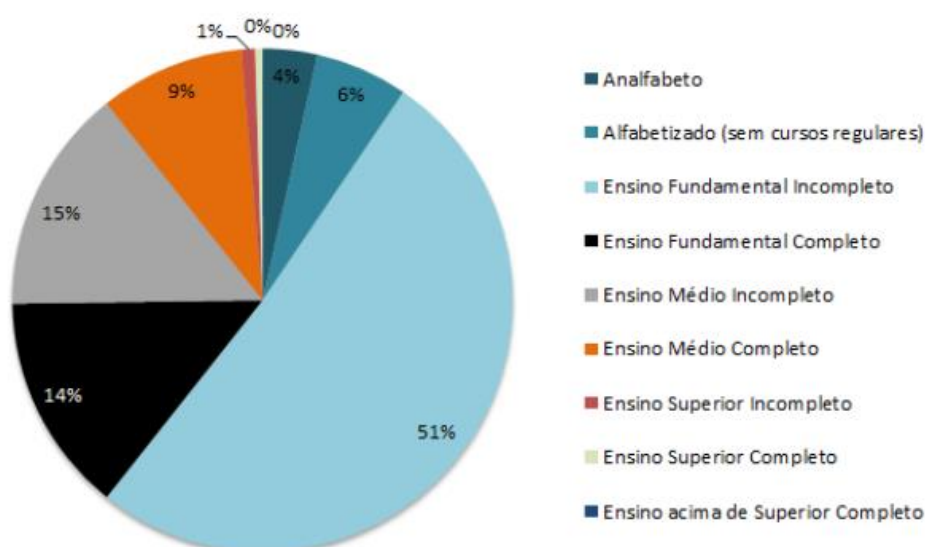
Fonte: Brasil (2017).

Figura 5 - Raça, cor ou etnia das pessoas privadas de liberdade



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Figura 6 - Escolaridade das pessoas privadas de liberdade no Brasil



Fonte: Brasil (2017).

Os problemas observados no sistema penitenciário brasileiro tendem a suscitar profundas reflexões que têm origem, principalmente, nas características observadas em relação ao perfil da população encarcerada, que é, em sua maior parte, de jovens negros, de baixa renda e de baixa escolaridade. A partir disso, o DEPEN acredita que o investimento em infraestrutura na construção de novos espaços de aprisionamento, como vem sendo feito nos últimos anos, não é a única nem a mais eficaz medida de intervenção por parte do governo. O relatório INFOPEN/2014 frisa que também é preciso analisar

a "qualidade" das prisões efetuadas e o perfil das pessoas que têm sido encarceradas, para que seja possível problematizar a "porta de entrada" e as práticas de gestão dos serviços penais, desde a baixa aplicação de medidas cautelares e de alternativas penais até a organização das diversas rotinas do cotidiano das unidades prisionais. (BRASIL, 2014a, p. 6).

Diante desse contexto, o DEPEN, por intermédio desse relatório de Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, propõe uma política nacional de melhoria dos serviços penais, fundamentada em quatro eixos bastante abrangentes. Um desses eixos, e o que mais interessa para este estudo, diz respeito à humanização das condições carcerárias, o qual defende a ideia do reconhecimento da pessoa privada de liberdade e, também, do egresso, como sujeitos de direitos. Isso, segundo o INFOPEN, será viabilizado por meio da implementação, por parte de gestores capacitados e especializados, de um modelo inovador de políticas públicas sociais, inclusive de saúde, que deve ser totalmente diferenciado do modelo atualmente vigente que se baseia no conceito de "instituições totais" e que se limita em considerar apenas os desdobramentos por uma perspectiva intramuros, constituindo um modelo totalmente fragilizado, que não tem nenhum atrelamento com as políticas sociais do Estado.

6.2 DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES PRISIONAIS BRASILEIRAS

Segundo dados do INFOPEN de 2014, existe, no Brasil, um total de 1.424 estabelecimentos prisionais. Desses, cerca de 462 possuem módulo de saúde, ou seja, apenas 37% do total. Ao analisar esse percentual de acordo com o tipo de estabelecimento, observou-se que das 23 unidades que se destinam ao cumprimento de pena em regime aberto ou de limitação de fim de semana, apenas 4 possuem módulos de saúde, ou seja, 17% do total. Isso pode ser explicado pelo fato de que essas pessoas podem recorrer ao atendimento comum, fora da unidade prisional. Entretanto, com relação aos estabelecimentos destinados aos presos provisórios, os quais não contam com essa possibilidade de atendimento alternativo, a proporção é de que apenas 1 a cada 4 unidades possui módulo de saúde. Já em relação aos estabelecimentos destinados aos presos que cumprem pena em regime fechado, estima-se que 2 em cada 3 unidades possuem esses módulos. (BRASIL, 2014a).

Fazendo um comparativo do número de estabelecimentos prisionais com módulos de saúde por Unidade da Federação, destaca-se que o Distrito Federal é o

estado que apresenta o melhor índice, haja vista que todas as unidades prisionais contam com um módulo de saúde. O pior indicador observado foi no estado do Rio de Janeiro, onde a cada 10 unidades apenas 1 possui esse espaço. (BRASIL, 2014a).

O Quadro 1 apresenta o número total de pessoas privadas de liberdade nas unidades com e sem módulos de saúde, por Unidade da Federação. Conclui-se que 63% das pessoas privadas de liberdade do Brasil estão abrigadas nas 462 unidades prisionais que contêm módulo de saúde. Isso significa que mais de um terço dessa população não tem acesso aos serviços de saúde. Aqui é importante dar destaque aos dados referentes à Bahia e ao Distrito Federal que evidenciam que todas as pessoas confinadas em estabelecimentos prisionais desses estados estão em unidades com módulos de saúde. Já nos estados do Rio de Janeiro e de Roraima, os índices são desfavoráveis – no Rio de Janeiro, apenas 1% das pessoas privadas de liberdade estão em unidades com módulos em saúde; em Roraima, 1 em cada 10 pessoas se encontram reclusas nesses tipos de estabelecimentos. (BRASIL, 2014a).

Quadro 1 - Pessoas privadas de liberdade em unidades com e sem módulos de saúde

UF	pessoas privadas de liberdade		% de pessoas em unidades com módulo de saúde
	em unidade(s) com módulo de saúde	em unidade(s) sem módulo de saúde	
AC	1953	1535	56%
AL	2687	2736	50%
AM	5428	1950	74%
AP	1345	1309	51%
BA	11836	0	100%
CE	11215	9201	55%
DF	13269	0	100%
ES	13938	2296	86%
GO	6184	7060	47%
MA	2091	2439	46%
MG	35682	20554	63%
MS	11169	3034	79%
MT	7350	3007	71%
PA	5549	7055	44%
PB	5855	3741	61%
PE	29232	2278	93%
PI	2860	364	89%
PR	17100	2411	88%
RJ	208	39113	1%
RN	3915	3132	56%
RO	3277	4354	43%
RR	156	1449	10%
RS	19941	8118	71%
SC	13280	4634	74%
SE	3113	944	77%
SP	NI	NI	NI
TO	1652	1581	51%
Total	230285	134295	63%

Fonte: Brasil (2014).

Com relação aos atendimentos médicos realizados no sistema prisional, o Quadro 2 revela que, no primeiro semestre de 2014, foram notificadas 309.296 consultas médicas nas 872 unidades prisionais que informaram dados para esta questão. Desse total de consultas, 72% foram realizadas no próprio estabelecimento e o restante foram realizadas externamente. Nos 872 estabelecimentos que forneceram dados para compor o quadro, há, aproximadamente, 261 mil pessoas. Em termos proporcionais, pode-se considerar que foram realizadas 1,2 consultas por preso nos primeiros seis meses de 2014, no Brasil. Ao analisar cada estado separadamente, observa-se que, as piores proporções foram verificadas em Sergipe e Amapá, onde, em média, cada preso só visita o médico a cada dois anos. (BRASIL, 2014a).

Quadro 2 - Consultas médicas realizadas no primeiro semestre de 2014*

UF	Porcentagem de unidades com informação	Consultas médicas		Pessoas presas nas unidades com informação sobre atendimento	Proporção de consultas realizadas no semestre por pessoa privada de liberdade
		realizadas externamente	realizadas no estabelecimento		
AC	58%	1.720	1.492	1.756	1,8
AL	89%	317	2.817	3.345	0,9
AM	90%	2.325	3.018	6.647	0,8
AP	75%	408	391	2.534	0,3
BA	95%	2.403	19.392	11.836	1,8
CE	4%	169	4.709	3.637	1,3
DF	100%	2.448	8.998	13.269	0,9
ES	100%	6.323	26.151	16.234	2,0
GO	83%	6.710	7.150	10.675	1,3
MA	84%	1.340	2.159	4.028	0,9
MG	82%	22.697	30.348	41.917	1,3
MS	70%	4.097	11.801	12.457	1,3
MT	88%	3.158	7.293	7.337	1,4
PA	93%	2.376	6.961	11.145	0,8
PB	68%	2.549	6.365	8.135	1,1
PE	79%	3.586	22.462	28.438	0,9
PI	85%	979	1.966	2.704	1,1
PR	83%	3.920	19.211	17.745	1,3
RJ	NI	NI	NI	NI	NI
RN	75%	1.047	1.450	4.978	0,5
RO	78%	2.247	7.795	6.060	1,7
RR	40%	0	338	287	1,2
RS	86%	8.590	15.048	23.899	1,0
SC	91%	3.560	11.483	15.244	1,0
SE	75%	358	736	3.540	0,3
SP	NI	NI	NI	NI	NI
TO	86%	4.367	2.068	2.949	2,2
Total	69%	87.694	221.602	260.796	1,2

Fonte: Brasil (2014).

*Atendimentos médicos realizados nas unidades e externamente

O Quadro 3, por sua vez, apresenta dados relacionados aos atendimentos realizados em outras áreas da saúde, nas unidades prisionais de todos estados da federação, no primeiro semestre de 2014. As informações contidas nesse quadro também são referentes aos mesmos 872 estabelecimentos que contribuíram com os dados do Quadro 2. Salienta-se que, em relação às consultas odontológicas, o estado que apresentou melhores quantitativos foi o Espírito Santo, com um total de 15.984 consultas notificadas, o que dá uma média de 1 consulta por preso. Com relação ao número de intervenções cirúrgicas e vacinas, as unidades do Distrito Federal foram as que mais realizaram ambos os atendimentos. (BRASIL, 2014a).

Quadro 3 - Outros atendimentos na área da saúde

UF	consultas odontológicas	quantidade de exames e testagem	quantidade de intervenções cirúrgicas	quantidade de vacinas	quantidade de outros procedimentos, como sutura e curativo
AC	933	514	10	2107	385
AL	2885	2097	0	4322	608789
AM	7570	1224	41	4374	4174
AP	322	736	10	1018	480
BA	9356	5380	90	4716	9431
CE	2233	1052	36	6908	5353
DF	2813	4429	311	19081	50860
ES	15984	5977	105	12854	12112
GO	4016	2220	33	3896	1156
MA	2566	2343	29	2751	1019
MG	17775	19374	908	31132	32541
MS	8217	6650	121	10030	27143
MT	2067	4565	54	5742	2391
PA	4073	3167	114	7860	13861
PB	3663	1176	50	4687	490
PE	7265	9866	266	11121	4602
PI	991	598	21	1232	219
PR	5900	12995	32	12730	28915
RJ	NI	NI	NI	NI	NI
RN	820	452	21	2252	225
RO	2499	3481	48	3579	2316
RR	200	20	3	240	0
RS	6608	8277	220	10823	12883
SC	10339	5401	61	8915	11289
SE	77	100	0	0	0
SP	NI	NI	NI	NI	NI
TO	1614	731	26	1624	550
Total	120786	102825	2610	173994	831184

Fonte: Brasil (2014).

6.3 MARCOS HISTÓRICOS DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE AO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL

O Código Penal Brasileiro prevê em seu artigo 38 que, “o preso conserva todos os direitos não atingidos pela sua liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.” (BRASIL, 1940). Pode-se inferir disso que deve ser mantida a garantia de todos os outros direitos dos indivíduos, mesmo após a situação de encarceramento. Porém, mesmo que lá em 1940, quando o Código Penal foi criado, já existisse essa previsão, sabe-se que a privação de liberdade, por

meio do cárcere, cria não só a exclusão em termos materiais das pessoas, como também a exclusão moral e a desconstrução da cidadania. (LERMEN et al., 2015).

Essa ideia de perda da cidadania está totalmente relacionada a uma violação do princípio da dignidade humana. Foi com base nesse princípio que, em 10 de dezembro de 1948, foi proclamada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). De acordo com a Organização Mundial da Nações Unidas no Brasil (ONUBR), trata-se de um documento elaborado por representantes de diversas origens jurídicas e culturais, de todas as regiões do mundo, o qual é considerado pioneiro na idealização da proteção universal dos direitos humanos e funciona como uma norma que deve ser almejada e alcançada por todos os povos e nações. A declaração constitui-se de 30 artigos que buscam promover o reconhecimento da dignidade humana e o respeito à igualdade de direitos, fundamentados no ideal de liberdade, justiça e paz para todos os povos.

No tocante às pessoas privadas de liberdade, quatro artigos da declaração se destacam por tratarem dos direitos que estão diretamente relacionados a essas pessoas: o artigo 5º e os artigos do 9º ao 11º:

Artigo 5º: Ninguém será submetido a torturas nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

(...)

Artigo 9º: Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Artigo 10º: Toda pessoa tem direito, em plena igualdade, a que a sua causa seja equitativa e publicamente julgada por um tribunal independente e imparcial que decida dos seus direitos e obrigações ou das razões de qualquer acusação em matéria penal que contra ele seja deduzida.

Artigo 11º:

1. Toda pessoa acusada de um ato delituoso presume-se inocente até que a sua culpabilidade fique legalmente provada no decurso de um processo público em que todas as garantias necessárias de defesa lhe sejam asseguradas.

2. Ninguém será condenado por ações ou omissões que, no momento da sua prática, não constituíam ato delituoso à face do direito interno ou internacional. Do mesmo modo, não será infligida pena mais grave do que a que era aplicável no momento em que o ato delituoso foi cometido. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Esse documento serviu como fonte de inspiração para a formulação de constituições de diversos Estados e democracias, inclusive para a Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), promulgada em 1988.

Segundo Marchini Neto (2012), através da CF/88 foi possível o alcance de um Estado democrático de direito no Brasil e a concretização legislativa das garantias e direitos fundamentais. Como já mencionado antes, essa Constituição teve como forte embasamento a DUDH e, isso significa que, pela primeira vez, no Brasil, uma legislação trouxe à tona a importância dos direitos humanos. Por isso, a CF/88 ficou conhecida como a constituição cidadã.

O artigo 5º da CF/88 lista todos os direitos e deveres individuais dos brasileiros e estrangeiros residentes no país. No que concerne aos direitos dos indivíduos em situação de cárcere, observa-se uma grande semelhança com o que foi apresentado na DUDH, ou seja, de modo geral, a constituição brasileira ratifica o que foi defendido pela Declaração. Ainda assim, é oportuno destacar aqui alguns pontos do art. 5º que ainda não haviam sido citados em outras legislações e que muito contribuíram para garantia de direitos dos presos, como por exemplo, o inciso XLVII, que traz:

XLVII - não haverá penas:

- a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
- b) de caráter perpétuo;
- c) de trabalhos forçados;
- d) de banimento;
- e) cruéis; (BRASIL, 1988).

Ademais, destacam-se, os incisos XLIX e LXIII:

XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral.

(...)

LXIII – o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada assistência da família e de advogado. (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 trata, também, em seu artigo 6º, dos direitos sociais dos indivíduos, a que se percebam: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Ou seja, foi a

partir dessa Constituição que a saúde passou a ser considerada uma das necessidades essenciais para se ter mínimas condições de sobrevivência e a garantia de uma existência com dignidade.

Ainda na CF/88, o direito à saúde foi inserido no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social, e o conteúdo acerca desse direito foi disposto entre os artigos 196 e 200. Sobre esse trecho é de extrema importância ressaltar que a saúde foi concebida como um direito de todos e dever do Estado. Este deve garanti-la por intermédio de políticas sociais e econômicas que apontem para a redução dos riscos de doenças e outros agravos, e busque, por meio da promoção, proteção e recuperação, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

A Constituição também incumbiu o poder público de criar, por meio de lei, medidas de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Mais que isso, foi definido que essas ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituíssem um sistema único, fundamentado nas seguintes diretrizes:

descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

De acordo com Moura (2013), sem prejuízo dos outros direitos sociais, a saúde foi considerada pelo constituinte um bem jurídico de grande importância, haja vista que foi elaborado um Capítulo exclusivo para o assunto. A autora acredita, ainda, que a proteção constitucional à saúde dá a garantia de que o Estado fomente políticas que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde, com o intuito não tão somente da cura de enfermidades, mas, também, de alternativas que busquem uma melhor qualidade de vida para a população.

Esse discurso de que a saúde não se limita à cura de enfermidades é originário de uma série histórica de discussões acerca do conceito de saúde, que, de acordo com Bezerra e Sorpreso (2016), varia conforme o contexto histórico e/ou a visão de mundo e é influenciado pelas mudanças sociais, políticas e econômicas que acontecem ao longo do tempo. Durante muito tempo, o conceito de saúde esteve relacionado ao “modelo biomédico”, e pode-se inferir que há, ainda hoje, quem acredite e defenda essa definição do conceito.

Sobre o assunto, Bezerra e Sorpreso (2016) explicam que essa definição do conceito de saúde mais voltada para a área da ciência biomédica foi influenciada pelo contexto histórico de uma época em que os fenômenos da vida eram vistos sob uma ótica mais reducionista, baseado na epistemologia cartesiana. O que, de acordo com os autores, significa que a saúde era compreendida apenas pelas alterações anatômicas e biológicas que o corpo sofria durante o processo da doença.

Segundo Fertonani et al. (2015), o “modelo biomédico” ganhou força a partir da publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA). Insatisfeito com as escolas médicas dos EUA e do Canadá, Flexner, em seu relatório, propunha uma série de mudanças para a reconstrução do modelo de ensino médico, que deveria ser baseado na teoria da medicina científica. Flexner defendia que o estudo da medicina deveria ser centrado na doença e acreditava que, no processo saúde-doença, aspectos sociais e coletivos não deveriam ser considerados no ensino médico. (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Partindo desse contexto, muitas críticas foram surgindo ao longo do tempo e suscitaram discussões acerca do conceito de saúde. Diante disso, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades. De acordo com Bezerra e Sorpreso (2016), ainda que essa definição tenha sido mais coerente, ela foi alvo de muitas críticas por ser considerada de caráter muito amplo e subjetivo, equiparando-se a uma utopia. Com isso, mais adiante, no ano de 1978, após uma Conferência Internacional sobre assistência primária à saúde, realizada pela OMS, o conceito de saúde foi ampliado, levando em consideração novos aspectos como: as desigualdades de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a responsabilidade governamental e a importância da participação da sociedade nos processos de planejamento e implantação das políticas de saúde.

A partir de então o conceito de saúde veio se transformando ao longo dos anos, caracterizando-se como um processo que envolve aspecto social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. Todas essas mudanças que foram acontecendo no decorrer dos anos influenciaram diretamente na prestação dos serviços de saúde e na qualidade de vida da população do mundo todo. (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Diante desse contexto de constantes mudanças, o Estado brasileiro viu a necessidade da criação de um sistema público de saúde, que foi idealizado pela

Constituição de 1988 e implementado em setembro de 1990, por meio da Lei nº 8.080, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, sancionada com o objetivo de regular as ações e serviços de saúde em todo território nacional e estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um pouco depois, ainda em 1990, foi criada, também, a Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o financiamento e distribuição de recursos para a saúde. (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080, reitera a definição de saúde dada pela OMS ao citar que se remetem à saúde as ações destinadas a garantir às pessoas e a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Para além disso, a lei ainda propõe que a ordenação dos aspectos sociais e econômicos do país é totalmente dependente dos níveis de saúde observados e que podem ser definidos como determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais etc. (BRASIL, 1990a).

Consoante a isso, o SUS é estabelecido como o responsável pela execução das ações e dos serviços de saúde públicos do país e tem como princípios, entre outros, a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, que inclui os serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade; e a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios. (BRASIL, 1990a).

Essas duas leis trouxeram grandes conquistas para o direito à saúde da população brasileira com um todo. Entretanto, quando se fala em população prisional, o primeiro marco na garantia do direito à saúde se deu com a Lei de Execução Penal (LEP), criada antes mesmo da atual Constituição e do SUS, em 1984. A LEP trata, entre outras disposições, sobre os direitos e os deveres dos presos, e sua disciplina e penalidades por faltas cometidas dentro do estabelecimento prisional. Tem como objetivo a reintegração social, buscando a prevenção do crime e a orientação da pessoa presa para o retorno à convivência em sociedade. (BRASIL, 1984b).

Sobre a saúde, a LEP, no art. 14, sugere que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. Ou seja, a lei prevê o atendimento à saúde para toda a população carcerária, tanto para os presos provisórios quanto para os em caráter definitivo, e estabelece, ainda, que nas unidades prisionais que não tiverem estrutura

para prover a assistência médica necessária, tal assistência deve ser prestada em outro lugar, mediante a autorização da direção do estabelecimento. (BRASIL, 1984b).

Portanto, verifica-se que, desde 1984, está previsto em lei o atendimento à saúde das pessoas privadas de liberdade. Todavia, quando se trata dessa população, as dificuldades impostas pela própria condição de confinamento comprometem o acesso às ações e aos serviços de saúde de forma integral e efetiva, o que reflete em um problema fundamental para a implantação de políticas públicas na área. Esse cenário só começou a mudar a partir de 1990, quando as políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade passaram a ser de responsabilidade e de interesse da área da Saúde e não mais da Segurança Pública. (BRASIL, 2014?).

Com a implementação do SUS surgiu a necessidade de que as ações e serviços de saúde no sistema penitenciário fossem firmados, também, em consoante com seus princípios e diretrizes. Foi assim que se deu o segundo marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). (BRASIL, 2003).

O PNSSP foi instituído pela Portaria Interministerial n.º 1777/2003 e elaborado por uma parceria entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Justiça. O Plano garante o acesso às ações e aos serviços de saúde para as pessoas privadas de liberdade com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência. Ou seja, o PNSSP busca a inserção, no âmbito do SUS, das pessoas confinadas nos estabelecimentos prisionais masculinos e femininos, bem como nos psiquiátricos, com o intuito de prover a atenção integral à saúde a essas pessoas. (BRASIL, 2003).

A finalidade principal do PNSSP é contribuir para o controle e/ou redução dos principais agravos que acometem a população em situação de confinamento em saúde e efetivar ações de prevenção e promoção e assistência à saúde. Para atingir tal finalidade, o Plano estabelece algumas prioridades, dentre elas: adequação das unidades prisionais para a estruturação do atendimento ambulatorial no plano da atenção básica, nos níveis mínimos da média complexidade e de componentes das urgências e emergências em saúde; garantia do acesso aos demais níveis de atenção a partir de uma rede referenciada de saúde; implantação de ações de promoção da saúde, principalmente no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais; e a implantação de ações

de prevenção à saúde, por meio de campanhas de vacinação e controle de doenças comuns ao meio prisional. (BRASIL, 2003).

A partir da implementação do PNSSP, o financiamento das ações de saúde, no âmbito do sistema penitenciário, passou a ser de responsabilidade conjunta das áreas de Saúde e Segurança Pública. O Plano tem o intuito de garantir que a população privada de liberdade tenha acesso às políticas de saúde que contemplem ações no âmbito da Atenção Básica relacionadas à

saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. (BRASIL, 2003).

Para a efetivação das ações de Atenção Básica de saúde nas unidades penitenciárias, o PNSSP estabelece que será formada uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Cada uma dessas equipes será responsável por até 500 presos e nos estabelecimentos prisionais que contenham até 100 pessoas, a assistência será prestada pela Unidade Básica de Saúde da região, respeitando o mesmo arranjo da equipe mencionada. (BRASIL, 2003).

A inclusão, nessas equipes, de diferentes profissionais da área da saúde contribuiu para que a percepção de saúde fosse ampliada e, diferentemente do que se tinha na LEP, passou a não ser mais centrada somente no médico. Outra contribuição da inclusão das equipes multiprofissionais nas unidades prisionais foi em relação ao rompimento da barreira física que separa as pessoas privadas de liberdade da sociedade, ao menos, em relação ao acesso à saúde, haja vista que o PNSSP trouxe a necessidade de conectar as unidades prisionais com a rede de serviços em saúde, redes intersetoriais e até mesmo com a família e a comunidade. (LERMEN et al., 2015). A inserção da população privada de liberdade no âmbito do SUS fundamentada pelo princípio da integralidade cria, segundo Silva (2009), laços de reciprocidade do Estado e da sociedade com o sistema carcerário.

Apesar do PNSSP ser considerado um marco muito importante para os avanços em relação ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, após dez anos de sua implantação, constatou-se a falência desse modelo que não se mostrou suficiente para abranger a totalidade dessa população, tendo em vista que não contemplava os presos que cumpriam pena em regime aberto ou provisórios

recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais. Verificou-se também que, em se tratando de atenção integral às “minorias” dentro do sistema prisional, como por exemplo, mulheres e pessoas com transtornos mentais, o PNSSP não se mostrou satisfatório. (BRASIL, 2014?; LERMEN et al., 2015).

Diante da necessidade de uma legislação mais abrangente, no dia 2 de janeiro de 2014, instituída pela Portaria Interministerial n.º 1, foi lançada, pelo Governo Federal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o intuito de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2014b).

A PNAISP foi resultado do trabalho conjunto entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Justiça por meio da criação, em abril de 2012, do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) e do Comitê Técnico Intersetorial de Saúde no Sistema prisional. O GTI era constituído por representantes do governo, da sociedade civil, por organizações envolvidas na proteção das pessoas privadas de liberdade, e pela academia. Para dar subsídios ao GTI foi elaborado um projeto de pesquisa chamado “Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional”, que foi realizado em três etapas: coleta e compilação de dados documentais sobre o sistema prisional; a instalação do GTI e a realização de oficinas regionais, com a posterior compilação dos dados registrados pelo grupo de trabalho e nas oficinas; e a elaboração do relatório final. O projeto de pesquisa tinha como objetivo a elaboração de uma política de saúde pública para a população privada de liberdade, a então PNAISP. (DOMINGUES, 2012).

De acordo com o que dispõe a PNAISP, são consideradas

pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal). (BRASIL, 2014b).

Ou seja, o público-alvo da política abrange toda a amplitude da população de pessoas privadas de liberdade, os que estão em regime fechado, semiaberto e aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade ambulatorial.

O objetivo da PNAISP é garantir às pessoas privadas de liberdade o acesso à integralidade do cuidado no âmbito do SUS (promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde), por intermédio da RAS, visando a qualificação e a humanização da atenção à saúde no sistema prisional, que devem ser promovidas por ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça. Além disso, a PNAISP garante que os profissionais de saúde tenham autonomia para a realização do cuidado integral às pessoas privadas de liberdade e que devem ser reforçados os mecanismos de participação popular e controle social na formulação e gestão de políticas públicas de saúde para essa população. Essas ações devem ser efetivadas no âmbito das esferas Federal, estadual e municipal e é importante que se firmem relações intersetoriais com políticas de outras áreas, como, por exemplo, direitos humanos e outras áreas sociais, e até mesmo com as da Justiça Criminal. (BRASIL, 2014b).

É importante destacar que essa Política trouxe muitos avanços para o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional Brasileiro. Além de ter uma abrangência mais ampla, como já mencionado anteriormente, a PNAISP inovou ao incluir os trabalhadores dos serviços prisionais, os familiares das pessoas privadas de liberdade e demais pessoas que se relacionam com essa população, nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Portanto, toda pessoa que de alguma forma se relaciona com o meio, deve ter essa atenção garantida.

A PNAISP foi normatizada e operacionalizada, pela Portaria n.º 482, de abril de 2014, a qual instituiu normas para a organização e funcionamento dos serviços de saúde nas unidades prisionais brasileiras. Os serviços de saúde foram classificados em três faixas consoantes com número de pessoas confinadas no estabelecimento prisional: I - unidades com até 100 pessoas; II - unidades com 101 a 500 pessoas; e III - unidades com 501 a 1200 pessoas. (BRASIL, 2014c).

Ainda segundo a Portaria n.º 482/2014, para a efetivação desses serviços de saúde foram estabelecidas equipes multiprofissionais com características específicas, denominadas Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP). Essas equipes foram constituídas da seguinte maneira para as respectivas faixas mencionadas acima:

- I. Unidades com até 100 pessoas – Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I, contendo, no mínimo: 1 cirurgião dentista, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 1 técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal.

Se a Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I incluir Saúde Mental, acrescentam-se, no mínimo, 1 psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e outros 2 profissionais selecionados dentre as seguintes opções de ocupações: assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia ou terapia ocupacional.

- II. Unidades com 101 a 500 pessoas: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II, contendo, no mínimo: 1 assistente social, 1 cirurgião dentista, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal e 1 profissional selecionado dentre as seguintes opções de ocupação - assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia ou terapia ocupacional. Se a Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II incluir Saúde Mental, acrescentam-se, no mínimo 1 psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e outros 2 profissionais selecionados dentre as seguintes opções de ocupações: assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia ou terapia ocupacional.
- III. Unidades com 501 a 1200 pessoas: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III – mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental.

O serviço de saúde que referenciar uma população maior que 1.200 custodiados será subsidiado por uma Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III, acrescida de outros profissionais, de acordo com o número de pessoas, seguindo os mesmos parâmetros de ajustamentos de equipe descritos acima. Ademais, todos os serviços de saúde do sistema prisional devem estar integrados à uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizada a unidade prisional. (BRASIL, 2014c).

Ainda no âmbito da PNAISP, é importante destacar que, no dia 14 de janeiro de 2014, por meio da Portaria n.º 94, criou-se, complementarmente, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que tem a finalidade de reorientar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, levando em consideração as especificidades e necessidades de cada caso, viabilizando o acesso

e a qualidade do tratamento e a execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal. (BRASIL, 2014d).

O Código Penal isenta de pena, pessoas diagnosticadas com doença mental que entraram em conflito com a lei. Portanto, a elas não devem ser aplicadas sanções penais, mas sim medidas de segurança, que podem ser de dois tipos: “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; e sujeição a tratamento ambulatorial”. (BRASIL, 1940). Porém, o que se observa, na prática, é que no caso em que se é decidido pela internação, na maior parte das vezes, essas pessoas são destinadas a verdadeiros manicômios judiciais, que mais parecem

prisões-hospitais ou hospitais-prisões, onde se consuma uma dupla violência institucional — cárcere mais manicômio — e onde jazem, esquecidos do mundo, aqueles sentenciados por enfermidade mental. (FERRAJOLI, 2002).

Nesse sentido, a EAP tem como objetivo apoiar ações e serviços para atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei na RAS, que poderá ser alcançado, dentre outras formas, por meio da realização de avaliações biopsicossociais e da apresentação de proposições para orientar a adoção de medidas terapêuticas específicas. A EAP busca, ainda, contribuir para desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares e, também, pela implantação de medidas de tratamento terapêuticas.

O serviço deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar, composta por cinco profissionais e com as seguintes ocupações: um enfermeiro; um médico psiquiatra ou com experiência em Saúde Mental; um psicólogo; um assistente social; e um profissional com formação em Ciências Humanas, Sociais ou da Saúde, de preferência Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (BRASIL, 2014d).

É importante salientar que todas essas legislações citadas acima configuram-se em garantias que, embora se operem no plano jurídico, não necessariamente se efetivam na prática do sistema prisional como veremos mais adiante na análise da revisão integrativa.

CAPÍTULO III

Neste Capítulo será apresentada a Revisão Integrativa, seus Resultados e Discussão, bem como as Considerações Finais.

7 REVISÃO INTEGRATIVA

Tomando como base os dados e as legislações mencionados na análise documental, aqui será apresentada a Revisão Integrativa (RI).

A amostra final dessa RI foi constituída por 19 artigos científicos recuperados após a busca, na base de dados SciELO, dos descritores prisão, prisões, saúde e Sistema Prisional. Para isso utilizou-se duas compilações utilizando operadores booleanos: “prisão OR prisões OR sistema prisional” e “saúde AND (prisão OR prisões OR sistema prisional)”.

Os estudos foram selecionados por critérios de inclusão, sendo eles artigos científicos, com pesquisas feitas no Brasil, escritos no idioma português, e publicados entre os anos 2007 e 2017. O Quadro 4 representa as especificações de cada um dos artigos, bem como autores, objetivo, ano de publicação e revista.

Tendo em vista os estudos dos artigos selecionados nesta revisão integrativa, obtiveram-se algumas informações para melhor sintetizar a temática, onde delimitou-se 6 categorias para análise da revisão de literatura, dentre elas, a categoria “Saúde da Mulher” foi a que relacionou um maior número de artigos, com um total de 7. Já a categoria “Saúde do Homem” obteve menor número de artigos para revisão, com apenas 1 artigo.

Quanto à região originária das publicações, verificou-se, que o Sudeste é a região com o maior número de estudos selecionados, mais especificamente os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, com 14 e 4 publicações, respectivamente. Da região Sul, obteve-se 1 artigo. As regiões não mencionadas não tiveram nenhuma publicação selecionada.

Em relação à área de atuação dos autores dos textos selecionados, foi observada a prevalência de estudos no campo da Saúde Coletiva, com maior número de publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva, um total de 7 publicações.

Sobre a quantidade de autores envolvidos nas publicações, notou-se, ainda, um total de 65, com uma média, 3 autores por artigo, aproximadamente. A maior parte dos artigos possuía 2 autores por publicação. Foi possível verificar, também, que 10 autores tiveram participação em dois ou mais estudos diferentes na análise.

A amostragem temporal para análise foi de artigos publicados entre os anos de 2007 a 2017, sendo 2016 o ano que apresentou um maior número de artigos para compor a análise, com 8 publicações. Os anos 2009 e 2008 foram os que obtiveram

o menor número de publicações, com apenas 1 cada. Já os anos 2017, 2015 e 2014 tiveram 3, cada.

Quadro 4 - Publicações selecionadas para análise da revisão integrativa durante o período de 2007 a 2017

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
1. A jurisprudência Brasileira acerca da maternidade na prisão	Luciana Simas, Miriam Ventura, Michelly Ribeiro Baptista e Bernard Larouzé	Analisar criticamente decisões do STF, do STJ e dos Tribunais de Justiça do Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Mato Grosso, de 2002 a 2012, que envolvem mulheres presas e seus filhos nascidos na prisão.	2015; Revista Direito GV
2. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro	Márcia Vieira dos Santos, Valdecyr Herdy Alves, Audrey Vidal Pereira, Diego Pereira Rodrigues, Giovanna Rosário Soanno Marchiori, Juliana Vidal Vieira Guerra	Identificar os fatores relacionados à saúde mental de mulheres em um presídio do Estado do Rio de Janeiro.	2017; Texto e contexto - Enfermagem
3. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro	Márcia Vieira dos Santos, Valdecyr Herdy Alves, Audrey Vidal Pereira, Diego Pereira Rodrigues, Giovanna Rosário Soanno Marchiori, Juliana Vidal Vieira Guerra	Identificar fatores que interferem na saúde física de mulheres encarceradas numa instituição prisional no Estado do Rio de Janeiro.	2017; Escola Ana Nery

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
4. Trajetória de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais	Tatiana Coelho Lopes, Roseni Pinheiro	Analisar a trajetória de cuidado de mulheres de um Centro de Referência a Gestantes Privadas de Liberdade (CRGPL), no que concerne às práticas dos trabalhadores no reconhecimento do direito à saúde e integralidade do cuidado.	2016; Physis: Revista Saúde Coletiva
5. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil	Éverton Luís Pereira	Discutir as buscas e os acessos de famílias de mulheres presas na Penitenciária Feminina do Distrito Federal às políticas públicas e contribuir para a construção de estratégias de promoção da saúde para a população feminina que vive em situação prisão	2016; Ciência e Saúde Coletiva
6. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil	Martinho Braga Batista e Silva	Compreender as alterações recentes na gestão da saúde penitenciária do Brasil, no contexto da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e da extinção da Coordenação Nacional de Saúde Prisional.	2016; Ciência e Saúde Coletiva
7. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil	Maria Cecília de Souza Minayo, Adalgisa Peixoto Ribeiro	Produzir informações estratégicas para subsidiar a ação dos agentes públicos que atuam nos presídios	2016; Ciência e Saúde Coletiva

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
8. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira	Marden Marques Soares Filho, Paula Michele Martins Gomes Bueno	Analisar – na direção da garantia do direito humano à saúde – as pesquisas mais recentes sobre o perfil da população prisional brasileira e a sua demografia, além das leis e normas existentes.	2016; Ciência e Saúde Coletiva
9. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil	Patricia Constantino; Simone Gonçalves de Assis; Liana Wernersbach Pinto	Analisar as condições de saúde mental dos presos e custodiados do estado do Rio de Janeiro e sua relação com o aprisionamento, através da análise de escala de depressão e do Inventário de Sintomas de Estresse.	2016; Ciência e Saúde Coletiva
10. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas	Celene Aparecida Ferrari Audi; Silvia Maria Santiago; Maria d Graça Garcia Andrade; Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco	Avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas.	2016; Saúde em Debate
11. Análise da percepção de gestores sobre a gestão política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil	Reni Aparecida Barsaglini; Ruth Terezinha Kehrig; Marcia Bomfim de Arruda	Analisar a percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde no Sistema Prisional de Mato Grosso, enfocando suas características, os entraves e pontos positivos.	2015; Saúde e Sociedade

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
12. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem	Mayara Lima Barbosa, Suely Deysny de Matos Celino, Lannuzya Veríssimo e Oliveira, Dixis Figueroa Pedraza, Gabriela Maria Cavalcanti Costa.	Descrever aspectos estruturais e características do trabalho na atenção básica à saúde em penitenciárias masculinas do estado da Paraíba, e fornecer subsídios para a atuação do enfermeiro nesse cenário.	2014; Revista de Enfermagem – Escola Ana Nery
13. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais	Élida Lúcia Carvalho Martins, Luciana Gomes Martins, Andrea Maria Silveira, Elza Machado de Melo	Analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, por meio de grupos focais realizados com três grupos focais com sujeitos envolvidos no contexto carcerário: pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG).	2014; Saúde e Sociedade
14. Masculinidades entre matar ou morrer: o que a saúde tem a ver com isso?	Helen Barbosa dos Santos, Henrique Caetano Nardi	Analisar, no contexto biopolítico brasileiro, a saúde dos homens privados de liberdade sob a luz da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Plano Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.	2014; Physis: Revista de Saúde Coletiva

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
15. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador	Maria Thereza Ávila Dantas Coelho	Investigar as concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade de Salvador	2009; Revista Ciência e Saúde Coletiva.
16. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária do Rio de Janeiro, Brasil	Vilma Diuana, Dominique Lhuillier, Alexandra Roma Sánchez, Gilles Amado, Leopoldina Araujo, Ana Maria Duarte, Mônica Garcia, Eliane Milanez, Luciene Poubel, Elizabeth Romano, Bernard Larouzé	Investigar o papel dos guardas prisionais na limitação do acesso a serviços de saúde pelos presos e o impacto de suas representações sobre práticas cotidianas de saúde através de um programa de pesquisa-ação.	2008; Caderno de Saúde Pública
17. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade	Vilma Diuana. Miriam Ventura, Luciana Simas, Bernard Larouzé, Marilena Correa	Identificar e discutir violações e desafios à efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres em situação de privação de liberdade, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva.	2016; Revista Ciência e Saúde Coletiva
18. Entre a soberania da lei e o chão da prisão: a maternidade encarcerada	Ana Gabriela Mendes Braga	A partir de cinco micronarrativas de mulheres encarceradas no Brasil, pretende-se problematizar o exercício da maternidade na prisão e o lugar da “mãe criminosa” no sistema de justiça.	2015; Revista Direito GV

Título	Autor	Objetivo	Ano e revista
19. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade	Vilma Diuana, Marilena C.D.V. Corrêa, Miriam Ventura	Visando contribuir para o debate acerca da maternidade na prisão, este estudo analisou as interseções das normas de gênero e das relações disciplinares nesse contexto, identificando controvérsias no plano dos valores e das relações de poder que as sustentam.	2017. Physis Revista de Saúde Coletiva

Fonte: Da autora.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para dar início à discussão da problemática da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, se faz necessário dizer que de fato há legislações específicas para tal população e que têm como escopo a tentativa de diminuição dessa discrepância de tratamento dada às pessoas encarceradas. É o caso da Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP). Lei essa que possui em seu Artigo 10 a seguinte determinação: “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. E continua no Artigo 11: “a assistência será: I – material; II – à saúde; III – jurídica; IV – educacional; V – social; e VI – religiosa”. Já no Artigo 14 a Lei é muito clara ao dizer “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. (BRASIL, 1984b).

Portanto, desde 1984, a assistência à saúde para as pessoas privadas de liberdade é prevista em lei, além também de outras legislações que suportam a mesma temática, como é o caso da Portaria Interministerial n.º 1.777/2003 e da Portaria Interministerial n.º 1/2014. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014b). Entretanto, é sabido que esse recorte populacional ainda é extremamente negligenciado e que tem, por muitas vezes, seus direitos – principalmente o direito e a atenção à saúde – negados.

É partindo dessa problemática que, nesta seção, os 19 artigos selecionados para a análise da revisão integrativa serão discutidos no formato de tópicos que vão abranger, cada, um tema afim com o debate central deste trabalho.

8.1 DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Tomando essas legislações específicas como ponto de partida, Martins et al. (2014) realizaram um estudo qualitativo, em 2011, a fim de avaliar o direito à saúde de homens privados de liberdade em um presídio localizado em Minas Gerais. Além dos próprios detentos, também foram participantes da pesquisa agentes penitenciários e profissionais de saúde que trabalhavam na instituição em questão.

Pelas conversas que foram realizadas com esses grupos foi possível inferir que, principalmente, os profissionais de saúde compreendem o conceito de saúde em sua universalidade, não entendendo-o somente como ausência de doenças. (MARTINS et al., 2014). Isso contribui de forma positiva para a garantia do direito e

do acesso à saúde de pessoas privadas de liberdade, uma vez que um ambiente dotado de profissionais que se preocupam em promover a saúde pode ser considerado como um espaço favorável às pessoas que ali buscam esses serviços.

Todavia, apesar desse quesito positivo encontrado nos profissionais participantes da pesquisa de Martins et al. (2014), esses mesmos profissionais apresentaram plena consciência de que o direito à saúde é exemplarmente expresso legalmente, mas que a prática pode ser muito diferente e distante daquilo que é previsto em lei. Portanto, na instituição prisional na qual a pesquisa foi realizada, esse distanciamento do arcabouço legal faz com que as pessoas privadas de liberdade não recebam a atenção à saúde que têm o direito de usufruir.

De acordo com a mensagem conclusiva dos autores:

Ainda que leis nacionais postulem que a pena de prisão apenas pode privar a pessoa de sua liberdade, não de outros direitos, como o da saúde, e que é dever do Estado prover tais direitos, admitindo também uma possibilidade de caráter reformatório da prisão, o que se vê na materialidade é que a pena de prisão assume um caráter cruel, violento e de reprodução da violência institucional contra as pessoas presas e contra os profissionais ali inseridos. (MARTINS et al., 2014, p. 1231-1232).

Não é sem motivo que as prisões são consideradas lugares extremamente insalubres e capazes de serem centros epidêmicos de diversas doenças como HIV/Aids, dengue, tuberculose, hepatite etc. Isso se deve justamente porque as instituições prisionais são deficitárias em promover e prevenir a própria saúde em si, sem atentar para o cuidado integral de cada pessoa privada de liberdade, mirando somente na demanda espontânea sem a necessária preocupação com planejamento e programação em saúde. (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

É por isso que a discussão precisa ir mais a fundo e levantar questões pertinentes a essa população privada de liberdade, a fim de tentar compreender os múltiplos fatores capazes de influenciar no acesso à saúde que presos e presas têm direito, mas que, ao mesmo tempo, veem esses direitos lhes sendo negados em consequência de diversos processos sociais.

8.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE, DE ACESSO E DE ASSISTÊNCIA DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Segundo Barbosa et al. (2014), o sistema prisional brasileiro é conhecido mundialmente por suas condições precárias e por sua superlotação, fatores que

ajudam a agravar a situação de desassistência em tais prisões. A prisão pode ser considerada como um ambiente insalubre e que, portanto, é uma facilitadora do agravamento de problemas de saúde intra e extramuros.

É preciso também ter em mente que ao se falar de saúde no sistema prisional é, predominantemente, a saúde do homem que está em voga, já que o Brasil possui uma avassaladora maioria de presos do sexo masculino em contrapartida com o sexo feminino – no ano do estudo de Barbosa et al. (2014), os autores apresentam o dado de 500 mil presos em território nacional, sendo 94% do sexo masculino.

A pesquisa de Barbosa et al. (2014) foi um estudo qualitativo realizado em seis estabelecimentos de assistência à saúde que prestavam serviço a penitenciárias masculinas da Paraíba. Os autores aplicaram um questionário com o objetivo de avaliar e mensurar as condições físicas e a disponibilidade de materiais necessários para a prestação de um serviço de atenção primária à saúde.

O estudo realizado mostrou avaliações consideradas inadequadas no que dizia respeito às condições físicas dos consultórios para a prestação de serviços de saúde, principalmente daqueles ligados à Enfermagem. Foi possível destacar, ainda, a falta de instalações arquitetônicas necessárias e específicas para idosos, cadeirantes e deficientes visuais, por exemplo. (BARBOSA et al., 2014).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) só foi incluído no sistema prisional da Paraíba em 2009 (seis anos após a criação da Portaria) e isso pode ser um fator que representa uma motivação para as deficiências existentes tanto nos serviços de prestação à saúde das pessoas privadas de liberdade, quanto nos próprios ambientes destinados para tal prestação. É válido destacar que os ambientes também têm que ser adequados pois contribuem para a segurança concomitante do paciente e do profissional de saúde, que está ali lidando com vários tipos de patologias diferentes – o que fere as ações preconizadas pelo PNSSP. (BARBOSA et al., 2014).

Outro destaque dado pelos autores é a questão da falta de ações de planejamento familiar dentro das instituições prisionais, já que é amplamente conhecido o problema de epidemia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) dentro das prisões, mas também fora de seus muros por conta das visitas íntimas e pelo regime semiaberto. É em consequência de todas essas problemáticas que ações que visem a garantia da prestação do serviço de saúde a pessoa privada de liberdade têm que ser mais contundentes, abrangendo, inclusive, os profissionais que prestam tais serviços. (BARBOSA et al., 2014).

Já o estudo de Minayo e Ribeiro (2016) traz dados mais quantitativos em relação à população carcerária que participou da pesquisa. Caracterizado como um estudo exploratório de autoavaliação, foi realizado, por amostragem, com pessoas privadas de liberdade no estado do Rio de Janeiro, em 2013 (amostra de 1.110 homens e 463 mulheres). Além disso, foi aplicado um questionário para 1.573 presos, com o objetivo de mensurar dados demográficos e socioeconômicos, além de questões sobre condições de saúde, qualidade de vida intramuros e serviços de saúde prestados dentro da penitenciária.

Minayo e Ribeiro (2016) tiveram como principais resultados dados que podem ser usados para inferir questões inerentes a praticamente toda instituição prisional brasileira. É o caso de dados como: 67% dos homens e 70,5% das mulheres privadas de liberdade são de cor preta ou parda; a grande maioria são de pessoas jovens (20 a 39 anos); maioria com Ensino Fundamental incompleto (cerca de 50% para cada sexo).

Outro dado que pode ter influência direta com a saúde de cada pessoa privada de liberdade é a situação da relação dessas pessoas com os familiares e é justamente nesse sentido que outro problema se apresenta: a diferenciação de tratamento por parte dos familiares entre presos homens e mulheres. Na pesquisa em questão, cerca de 26% dos homens relataram não receber visitas contra 41,4% do mesmo relato por parte das mulheres. (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Isso pode ser explicado por uma sociedade majoritariamente centrada na figura masculina, o que justifica os presos masculinos continuarem recebendo fielmente as visitas de seus parentes, enquanto as presas femininas têm que enfrentar situações de abandono por parte dos familiares porque muitas vezes representam uma vergonha para a família.

Em relação às condições de saúde especificamente, aproximadamente 46% dos presos relataram que já sofreram algum tipo de ameaça intramuros (de agressão ou de morte), enquanto esse número vai para 55,4% no caso das mulheres encarceradas. Sobre as principais reclamações dos presos e das presas no que diz respeito às doenças estão, prioritariamente, problemas osteomusculares, com destaque para a reclamação de dores no pescoço, costas e coluna – representando 76,7% do total de queixas osteomusculares. As autoras explicam que as mulheres tendem a ter essa reclamação mais que os homens e que uma explicação plausível para tal questão pode ser pelos fatores das más condições de infraestrutura, como,

por exemplo, colchões de qualidade ruim e até mesmo insuficientes em caso de superlotação. (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Situações de insalubridade extrema em relação à comida que é oferecida às pessoas privadas de liberdade não são incomuns. Diferentemente do que preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) – que deixa claro que alimentação adequada faz parte das condições de saúde dos encarcerados – a condição da comida ofertada para essas pessoas pode ter uma relação direta com problemas de saúde relacionados ao aparelho digestivo, que também foram citados pelas pessoas que participaram da pesquisa. (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Além dos agravos supracitados, muitos outros ainda podem ser incluídos na extensa pesquisa das autoras. É válido citar alguns deles: elevado número de queixas do sistema respiratório; infecção urinária acometendo mais da metade das mulheres; alta incidência de dengue; anemia muito mais frequente nas mulheres (cerca de 9% dos homens contra 31,7% das mulheres); e sinais de depressão em aproximadamente 71% dos homens e 82% das mulheres. (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Agravos de saúde tornam-se ainda mais problemáticos quando as condições físicas, as condições de atendimento e o acesso aos serviços também são bastante deficitários. Problemas como atraso ou ausência de atendimento; péssimas condições com que os presos são tratados antes, durante e depois dos atendimentos sanitários; falta de medicamentos etc. são igualmente relatados pelos encarcerados. (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

Isso tudo coloca a prisão como um verdadeiro normatizador de situações de destrato e de desumanidade, lugar aonde estão os considerados “degenerados” e que, portanto, não pertencentes do merecimento de um tratamento adequado. Portanto, é possível afirmar, nas palavras conclusivas das próprias autoras em questão, que “(...) a situação prisional, em si, potencializa os sintomas físicos e mentais. Mas contribui para essa situação de degradação, a forma muito precária com que os cuidados preventivos e curativos, previstos em lei, são oferecidos aos presos.” (MINAYO; RIBEIRO, 2016, p. 2039).

Em outra vertente, Diuana et al. (2008) comentam sobre a situação de superpopulação dos presídios brasileiros e como isso é capaz de agravar a situação de saúde das pessoas privadas de liberdade, além de também comentarem dos já mencionados problemas estruturais e de salubridade.

Tais fatores se apresentam como um risco tanto à população carcerária, quanto à população extramuros, uma vez que esses presos têm contato direto e indireto com outras pessoas por meio de visitas, visitas íntimas e em situação de regime semiaberto. É nesse sentido que Diuana et al. (2008) trazem à tona a importância e o problema dos agentes de segurança penitenciária, por serem eles que têm os contatos mais prolongados com os presos e, por isso, os que estão mais expostos a doenças infecciosas (depois dos próprios detentos).

Foi feita uma pesquisa-ação acerca de um estudo sobre agentes de segurança penitenciária, com o objetivo de desenvolver ações capazes de mudar e melhorar o acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 43 profissionais de saúde, 83 agentes de segurança penitenciária e 65 encarcerados. Após tais entrevistas, foram efetuados grupos de discussão a fim de interagir com os participantes a fim de compreender como se davam o clima e as relações internas na prisão. (DIUANA et al., 2008).

Uma das principais queixas dos agentes de segurança penitenciária é o fator estresse e a extenuação que esse trabalho é capaz de causar, muitas vezes levando tais profissionais a buscarem o alcoolismo como uma tentativa de fuga. Em contrapartida, a principal preocupação dos detentos se dá em relação à segurança individual de cada um por conta do ambiente extremamente hostil e violento que pode ser o ambiente carcerário. Tal preocupação com a integridade física também faz parte do rol de temores dos agentes de segurança. (DIUANA et al., 2008).

Em consequência de um ambiente tão adverso, a preocupação pela saúde, tanto dos detentos quanto dos agentes, acaba ficando em segundo plano. Portanto, acostuma-se com um universo nessas condições em que os agentes têm medo do contato insalubre com os presos, repercutindo ainda mais no distanciamento físico e moral entre essas duas figuras. Dessa forma, o acesso à saúde por parte dos encarcerados torna-se cada vez mais dificultado porque

A imagem que os agentes mantêm acerca das pessoas presas fundamenta uma desvalorização das queixas que estes últimos manifestam quanto a seu estado de saúde. Muitas vezes percebidos como incapazes, indolentes e dissimulados, os presos não são considerados como interlocutores confiáveis. É preciso que apresentem sintomas verificáveis. (DIUANA et al., 2008, p. 1892).

É por conta dessa relação conflituosa entre detentos e agentes de segurança que o acesso à saúde desses personagens torna-se mais dificultado e complicado,

muitas vezes com esse acesso em discordância legal com toda a legislação acerca do tema. A hierarquia muito bem institucionalizada dentro de uma prisão, bem como as relações interpessoais dos indivíduos que vivem a realidade prisional (presos ou profissionais que lá trabalham), é frequentemente responsável pela criação de obstáculos às ações de saúde. (DIUANA et al., 2008).

Sendo assim, alguma mudança que tente ser realizada nesse sistema se constitui como um trabalho extremamente árduo, já que essas relações hierarquizadas e essa espécie de código interno prisional são questões que encontram suas origens em concepções sociais, trazendo, dessa maneira, uma complexidade enorme ao debate.

8.3 SAÚDE DA MULHER PRIVADA DE LIBERDADE

Enquanto isso, Audi et al. (2016) trazem luz à discussão colocando o enfoque sobre a população carcerária feminina, já que dados do mundo inteiro apontam um grande crescimento dessa população nas instituições prisionais. Além da questão de que os moldes do sistema prisional não foram pensados especificamente para as mulheres, não contemplando suas especificidades e necessidades.

No referido estudo, de caráter transversal, foram realizadas entrevistas com 1.013 mulheres privadas de liberdade que eram atendidas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em São Paulo, durante agosto de 2012 a julho de 2013. Com relação às condições sociodemográficas, alguns resultados significativos da pesquisa foram: 30 mulheres estavam grávidas; 61,4% das mulheres possuíam escolaridade igual ou inferior a três anos de estudo; 95,8% não estudavam na penitenciária; e 80,6% das mulheres entrevistadas eram mães. (AUDI et al., 2016).

Já no que diz respeito aos dados específicos das condições de saúde dentro da instituição, é possível destacar a elevada prevalência de problemas ginecológicos. Além disso, também foi possível constatar o baixo número de ações de prevenção de doenças especificamente femininas e, portanto, de exames para prevenir tais doenças. (AUDI et al., 2016).

Como reflexo desse déficit ou ausência de medidas de promoção e prevenção à saúde, muitas das entrevistadas, cerca de 70%, relataram que não faziam qualquer tipo de atividade física e 56,9% dessas mulheres tinham sobrepeso ou obesidade. Outro fator importante é que 62,4% das mulheres participantes da pesquisa relataram

que já consumiram drogas, sendo que praticamente metade delas disse consumir drogas todos os dias. (AUDI et al., 2016).

Já segundo Santos et al. (2017), as mulheres privadas de liberdade devem ser compreendidas como um recorte populacional que necessita de uma atenção específica, já que constituem um grupo que apresenta diversas especificidades e necessidades que impedem que essas mulheres de serem colocadas inteiramente no mesmo contexto da população carcerária masculina.

É nesse sentido que, em 2014, foi criada a Política de Saúde do Sistema Prisional Brasileiro para as Mulheres Privadas de Liberdade – Portaria Interministerial n.º 210 e, dessa maneira, sendo preconizada a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Com o objetivo, nas palavras da própria Portaria, “de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para a garantia do direito das mulheres, nacionais e estrangeiras (...)”. (SANTOS et al., 2017; BRASIL, 2014e).

A pesquisa de Santos et al. (2017) foi realizada com 40 mulheres privadas de liberdade, durante os meses de outubro de 2014 a janeiro de 2015, no Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de ouvir dessas mulheres como eram as condições de saúde e de acesso à saúde naquela instituição. Como principais resultados que os autores obtiveram é possível destacar: 31 mulheres possuíam de 18 a 49 anos; 23 mulheres se autodeclararam pardas; 36 mulheres eram mães; 34 declararam que trabalhavam antes de serem encarceradas.

Quanto aos principais fatores capazes de afetar a saúde das mulheres que se encontram dentro do sistema prisional, uma das principais queixas das detentas é em relação à comida que é ofertada a elas. Geralmente a alimentação tem uma qualidade nutricional ruim ou inexistente, não levando em consideração especificidades como hipertensão arterial e diabetes, doenças que necessitariam, em condições normais, de uma dieta especial para serem controladas o máximo possível. Não é incomum o relato de presas que estão acima do peso ideal ou em processo de desnutrição em consequência da alimentação inadequada que se veem obrigadas a ter por falta de opção. (SANTOS et al., 2017).

Outro ponto importante é que a maioria das mulheres entrevistadas compreende como saúde a ausência total de doenças – o que reflete como a sociedade atual ainda pensa dessa maneira mecanicista com relação ao seu próprio bem-estar. Essa visão curativista da saúde é limitante no sentido de que as pessoas

que possuem esse tipo de pensamento só procuram os profissionais de saúde quando já estão com algum sintoma ou até mesmo debilitadas. Ações de promoção e prevenção de saúde são totalmente ofuscadas pelo pensamento biomédico centrado somente na cura, enquanto já é bastante sabido que doenças crônicas, por exemplo, são eficazmente controláveis por meio de ações de promoção de saúde. (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, a pesquisa de Santos et al. (2017) é enfática ao trazer alguns dados que corroboram para essa problemática. Nenhuma das 40 mulheres entrevistadas disse que procurou a realização de exames ginecológicos de prevenção ou exames específicos à saúde da mulher, como é o caso da mamografia.

Situações como essa juntamente com as descritas acima estão em total discordância com aquilo que prevê a PNAME que, mesmo trazendo disposições legais para cada um desses temas problemáticos que a pesquisa suscitou, ainda sim é desrespeitada pelos presídios femininos.

8.3.1 Saúde sexual, gravidez e maternidade

Em relação especificamente à saúde sexual e reprodutiva das mulheres privadas de liberdade, o artigo de Diuana et al. (2016) faz uma espécie de agrupamento das legislações vigentes, no Brasil e no mundo, que garantem os direitos das mulheres privadas de liberdade, os autores trazem uma perspectiva maior em relação ao direito reprodutivo e sexual dessas mulheres.

É o caso da própria Carta Magna brasileira que, em seu artigo 226, parágrafo sétimo, prevê o direito ao planejamento familiar por parte do casal, “vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” e na própria Lei 9.263/1996 que regula justamente esse parágrafo do artigo 226 da CF/88, trazendo direitos iguais para constituir, limitar ou aumentar a prole para a mulher, para o homem e para o casal. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996).

É nesse mesmo sentido que a Resolução n.º 4 de 26 de janeiro de 2011, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), traz o direito da pessoa privada de liberdade, tanto homens quanto mulheres, de receber visita íntima, sem distinção da sexualidade de cada um. (BRASIL, 2011).

Apesar dessas legislações garantirem o direito à sexualidade e à vida reprodutiva, muitas vezes não é isso que é visto no sistema prisional brasileiro, principalmente no que diz respeito às mulheres privadas de liberdade, que muitas

vezes têm os seus direitos garantidos em menor quantidade ou em menor grau que os direitos assegurados aos homens privados de liberdade. (DIUANA et al., 2016).

Para vislumbrar melhor essa problemática, Diuana et al. (2016) realizaram um estudo descritivo, por meio de entrevistas, com 22 gestantes e mulheres que os filhos estavam com elas dentro da prisão e também com 19 profissionais atuantes no cárcere e que têm relação profissional com as gestantes e mães privadas de liberdade. Por meio das entrevistas, um ponto importante que os autores puderam perceber é o fato de que, muitas vezes, as visitas íntimas nas prisões femininas são vistas com maus olhos pelos profissionais que ali trabalham, pois já julgam que as presas irão engravidar sendo que muitas delas já tiveram várias gravidezes.

Além disso, mulheres que já estão grávidas e aquelas que possuem um filho dentro da prisão são ainda mais julgadas nesse meio porque são constantemente lembradas das consequências que o ato sexual pode trazer, o que acaba por incutir uma visão ultrapassada do sexo apenas para a reprodução e que não pode ser exclusivamente utilizado para a obtenção de prazer. (DIUANA et al., 2016).

À mulher grávida ou àquela que quer engravidar, dentro do sistema carcerário, é sempre dado um tratamento preconceituoso como se a única responsável pela concepção fosse ela ou como se ela estivesse querendo algum tipo de tratamento especial dentro da prisão só por estar grávida, sempre ignorando o direito e o desejo legítimos de uma mulher se tornar mãe. (DIUANA et al., 2016).

Portanto, é preciso tomar cuidado para que medidas de contracepção não sejam impostas pelos profissionais do sistema prisional, muito mais como uma forma de restringir essas mulheres e corroborada pelo preconceito, do que de fato uma preocupação genuína com a saúde dessas mulheres ou com a saúde e o destino de seus respectivos filhos após nascerem intramuros. Medidas como essa não levam em consideração a autonomia de cada mulher quanto à sua própria sexualidade e vida reprodutiva, impondo regras restritivas a elas sem ao menos escutá-las de fato. (DIUANA et al., 2016).

Outra questão muito importante levantada por Diuana et al. (2016) é sobre o parto desumanizado que muitas dessas mulheres têm que passar, levando-as a situações de estresse e traumas que podem perdurar pela vida toda. São mulheres que, primeiramente, se veem obrigadas a esperar a disponibilidade, ou até mesmo, a vontade dos profissionais que trabalham na prisão levá-las ao hospital mesmo depois de iniciarem o trabalho de parto em suas celas.

Além disso, no próprio hospital, são forçadas a passarem por todo o processo de dar à luz completamente sozinhas – só com a agente penitenciária do lado – porque lhes é negado o direito garantido pela Lei 8.080/1990 de que toda parturiente tem direito a um acompanhante no período de trabalho de parto e no pós-parto. (DIUANA et al., 2016; BRASIL, 1990a).

Ademais, não é incomum o uso de algemas e até mesmo correntes numa justificativa por parte das autoridades e dos profissionais prisionais de que se trata de uma detenta que poderia fugir a qualquer momento. Além da parturiente estar sob fortes dores e em uma situação bastante limitadora – portanto, dificultando muito e até mesmo impossibilitando essa fuga – dar à luz algemada e acorrentada também constitui uma situação totalmente desumanizada e uma violação aos direitos humanos e aos direitos da mulher. (DIUANA et al., 2016).

Já com o estudo de Simas et al. (2015) – que também pode ser compreendido como um ótimo instrumento de compilação das principais legislações acerca das mulheres privadas de liberdade, o direito dessas mulheres, o direito delas enquanto mães e o direito dos filhos de tais mulheres – é possível destacar, mais uma vez, como a Lei de Execução Penal e o Código Penal trouxeram medidas, em 2009 e 2011, respectivamente, para a garantia desses direitos citados. Tais leis

Preveem acompanhamento médico à mulher e ao recém-nascido; obrigatoriedade de berçário com tempo mínimo de amamentação de seis meses; seção para gestante e parturiente, com creche para filhos desamparados maiores de seis meses e menores de sete anos; regime aberto domiciliar para condenada gestante ou com filho menor ou, ainda, deficiente físico ou mental; bem como prisão domiciliar como medida cautelar. (SIMAS et al., 2015, p. 549).

Nesse sentido, é imprescindível trazer à tona o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069/1990, que é enfático ao dizer que o convívio do filho com a sua mãe não pode ser impedido por condenação criminal (salvo naquelas condenações por crime doloso contra o próprio filho). (BRASIL, 1990c). A questão da maternidade dentro dos muros carcerários coloca-se como um tema extremamente delicado e que sabidamente não recebe o tratamento que merece.

A mulher privada de liberdade enfrenta preconceitos sociais que os homens nessa mesma situação não conhecem. O homem preso já ganhou um status normativo da sociedade e sua(s) parceira(s) geralmente continua(m) o visitando normalmente na prisão e tendo com ele uma relação fiel e até mesmo de submissão, diferentemente do que acontece com as mulheres encarceradas. As mulheres têm que

enfrentar uma realidade de parcial ou de total abandono familiar, principalmente por parte dos seus parceiros anteriores ao encarceramento. Mulheres com filho também se veem privadas de uma convivência mínima com essas crianças e raramente seus companheiros se responsabilizam pelo cuidado dos filhos. (SIMAS et al., 2015).

Colocando o enfoque justamente sobre as famílias de mulheres privadas de liberdade, Pereira (2016) produziu um estudo qualitativo mediante a observação dessas pessoas nos dias de visita, além de uma posterior entrevista semiestruturada com esses familiares a fim de verificar como o contexto familiar também é um fator preponderante na construção do contexto de saúde intramuros.

O núcleo familiar é importantíssimo para que as mulheres se sintam mais acolhidas mesmo confinadas em um ambiente tão hostil como é o ambiente carcerário, contribuindo para a qualidade de vida das presas, o que acaba virando um significativo determinante social de saúde. (PEREIRA, 2016).

Em contrapartida, quando o foco são aquelas crianças que nascem de mulheres privadas de liberdade e/ou aquelas que vão visitar suas respectivas mães nas instituições prisionais, é possível dizer que elas também sofrem uma espécie de sanção social, pois recebem os reflexos de possuírem mães presas e, portanto, são crianças que já nascem “presas”, conhecendo os moldes penitenciários por dentro desde a sua concepção. Indo de encontro a essa situação, as mulheres que podem possuir o mínimo convívio com seus filhos sentem que esse é um enorme fator motivador para dar continuidade às suas vidas dentro dos muros prisionais, o que acaba por ter uma consequência positiva no comportamento delas. (SIMAS et al., 2015).

Simas et al. (2015) suscitam, ainda, a situação das mulheres privadas de liberdade que estão grávidas e que se veem obrigadas a cuidar e a amamentar seus filhos recém-nascidos em ambientes insalubres e totalmente desprovidos de todo e qualquer aparato essencial à criação ideal de um bebê, culminando com muitas dessas crianças vivendo com a mãe, durante um certo período, dentro da prisão, sob condições que poderão trazer consequências para toda a vida da criança.

A questão da maternidade interrompida não pode ser deixada de lado ao se falar dessas mulheres que se veem obrigadas a abrir mão de seus filhos após permanecerem um curto período com eles. Segundo Diuana, Corrêa e Ventura (2017), a iminente separação de mãe e filho que está sempre como uma ameaça latente a

essas mulheres é usada como instrumento de controle ainda maior dos profissionais da prisão para com as presas.

Mulheres privadas de liberdade muitas vezes têm o entendimento que elas são desautorizadas a cuidar de seus próprios filhos, já que é a instituição a qual ela está inserida e os próprios profissionais que são capazes de ditar como esse cuidado dever ser realizado. Essas mulheres não têm autonomia para escolher até mesmo a comida que seus filhos irão receber, já que não existem outras alternativas além daqueles alimentos oferecidos pela administração carcerária – alimento esse que é visto, pela maioria das mulheres, como totalmente inadequado e nocivo. Além disso, o próprio cuidado que essas mães têm com seus filhos é visto, pelas agentes penitenciárias, como um cuidado ruim, insuficiente ou errado. (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017).

Voltando ao artigo de Simas et al. (2015), a realização de uma ampla pesquisa de jurisprudências, referentes ao período de 2002 a 2012, realizada pelos autores acerca de temas afins à maternidade na prisão mostrou que a problemática da perda de direitos de mulheres encarceradas ainda é pouco discutido pelas várias instâncias judiciais – Superior Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Tribunais de Justiça Estaduais – e, geralmente, as decisões são desfavoráveis às mães em situação de privação de liberdade. É possível dizer, nas palavras dos próprios autores, que “a jurisprudência dos tribunais caminhou no sentido de reafirmar o discurso da segurança e manutenção da ordem em face do direito indisponível e irrenunciável da criança à alimentação, à saúde e à convivência com sua mãe”. (SIMAS et al., 2015, p. 567).

Tal cenário de quase descrédito por parte do sistema judicial em tratar com mais afinco situações que permeiam questões de gênero, ainda mais se tratando sobre uma população duplamente desprivilegiada, como é o caso de mulheres privadas de liberdade, pode ter uma explicação encontrada em Braga (2015, p. 525), com a seguinte afirmação da autora:

O sistema de justiça é atravessado por marcadores de gênero, e o exercício dos direitos individuais ocorre nesse mesmo cenário. Ainda quando a demanda de reconhecimento de direito das mulheres é atendida, o acesso à justiça segue seletivo e perverso. Primeiro porque só algumas pessoas, sob certas condições, terão efetivo acesso à justiça, e ainda assim um acesso precário e limitado; e depois porque o reconhecimento por um sistema sexista e androcêntrico (que constrói hierarquias a partir dos sexos, privilegiando os homens e a perspectiva masculina) pode perverter a autonomia e o exercício de liberdade individual (...).

Apesar de vários marcos legislativos a respeito das mulheres privadas de liberdade e de tudo que as cerca, como gravidez, saúde sexual e maternidade, essas mesmas mulheres ainda são renegadas dentro de uma sociedade punitivista e que enxerga a si mesmo como detentora do papel de normatizadora de comportamentos. É nesse sentido que Braga (2015) coloca em xeque o quanto as mulheres sempre foram deixadas de lado pela sociedade e, conseqüentemente, pelo sistema judicial, garantindo seus direitos tardiamente, mesmo que direitos mínimos.

Enquanto isso e na contramão da desassistência judicial discutida, Lopes e Pinheiro (2016) caminharam na direção da integralidade do cuidado em saúde para a população feminina carcerária, em especial para as gestantes privadas de liberdade. Através de uma pesquisa qualitativa, realizaram entrevistas semiestruturadas com mulheres encarceradas, com agentes penitenciárias, com diretores do Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL) e do Hospital Sofia Feldman (HSF) e com profissionais de saúde dessas duas instituições, durante janeiro de 2014 e setembro e outubro de 2015. As autoras depreenderam de entrevistas com mulheres privadas de liberdade que a vulnerabilidade social desse grupo advém bem antes delas se depararem com o aprisionamento.

Em uma relação de confiança e de cuidado entre gestantes privadas de liberdade, agentes penitenciárias e profissionais de saúde que têm contato com essas mulheres é possível ter uma eficiência maior em relação à garantia do acesso à saúde por parte dessas grávidas, que passaram a receber um outro tipo de tratamento totalmente diferenciado daquele tratamento tão enraizado no preconceito e numa prestação de serviços de saúde fragmentada. (LOPES; PINHEIRO, 2016).

Em uma situação que agentes penitenciárias e profissionais de saúde dispõem de um entendimento dos direitos sanitários inerentes às mulheres privadas de liberdade, a integralidade do atendimento se faz presente atuando como item essencial ao bem-estar dessas mulheres e provando que é possível promover a integralidade do cuidado em saúde. Na fala de um diretor entrevistado por Lopes e Pinheiro (2016, p. 1203): “Com as mulheres privadas de liberdade, nós aprendemos que elas só perderam o direito de ir e vir, todos os outros [direitos] constitucionais elas têm”.

8.4 SAÚDE DO HOMEM PRIVADO DE LIBERDADE

Quando é a saúde do homem que entra em voga, assim como a saúde da mulher, também há uma política específica para esse recorte populacional. Nesse caso é a Política Nacional de Ação Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que foi implementada em 2009, colocando um enfoque especial em homens de 20 a 59 anos e trazendo todas as suas especificidades em saúde e comportamentais que necessitam de atenção. (SANTOS; NARDI, 2014; BRASIL, 2009).

A população masculina tem a especificidade de lidar, mais do que as mulheres, com realidades e comportamentos violentos, pois é no cotidiano prisional que o homem mais tem que provar sua masculinidade a todo momento para a hierarquia institucional existente dentro das prisões masculinas.

Além disso, é socialmente sabido que o homem negligencia sua saúde e não tem o hábito de ter, com ele mesmo, um costume de promoção e prevenção à saúde, o que acaba por ter consequências no acesso à saúde desse homem. É ao homem que cabe o papel das características agressivas, másculas e viris e muitas vezes esse mesmo papel normatizador acaba por afastar a população masculina de comportamentos saudáveis justamente por alguns desses hábitos não serem vistos como uma prática do “homem de verdade”.

A população que se encontra em maior vulnerabilidade social na questão da violência e por mortes violentas é o jovem negro e não é por coincidência que é justamente essa mesma população que é encontrada, majoritariamente, nos presídios brasileiros. Nas prisões masculinas há inúmeros códigos de honra e virilidade, e os que não os seguem são cruelmente rechaçados e até mesmo vítimas de violência. O homem privado de liberdade não pode, de jeito nenhum, “reproduzir padrões de relação tidos como femininos, ou seja, falar demais dos sentimentos, fraquezas, medos, submissão sexual e mudar de atitude e/ou opinião”. (SANTOS; NARDI, 2014, p. 935).

Segundo Santos e Nardi (2014), as principais preocupações com a saúde do homem que se encontra intramuros é em relação ao HIV/Aids, à tuberculose e às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ações de prevenção desses agravos são quase nulas nas prisões masculinas e, quando existem, são autoritárias ao apontarem comportamentos de risco, mas sem de fato fazerem algo para que esses

comportamentos sejam revisados, ou seja, têm o objetivo somente de culpabilização da vítima.

Muitas vezes tem-se a preocupação, por parte da administração e dos profissionais das cadeias masculinas, somente com a violência que é tão comum de ocorrer nesses espaços, a preocupação única em manter o preso vivo diante de tamanha hostilidade. (SANTOS; NARDI, 2014). Claro que essa é uma atenção legítima e necessária, mas por conta da exarcebação dessa preocupação, muitas vezes a saúde do homem privado de liberdade acaba ficando em segundo plano.

Mais uma vez cabe aos agentes penitenciários o recebimento das demandas de saúde dos presos e o encaminhamento dessas demandas aos profissionais de saúde que ali prestam serviço, já que esses profissionais não circulam no ambiente interno da prisão a fim de receber demandas. Essa situação coloca nas mãos do agente penitenciário o julgamento da importância e da urgência de cada demanda, mais uma vez deixando os presos à mercê de uma outra pessoa quando o assunto é a saúde deles próprios.

Outro ponto que é importante salientar é o papel da mulher na manutenção e no acesso à saúde dos homens privados de liberdade, pois elas atuam como verdadeiras interlocutoras entre o mundo externo e esses homens, inclusive quando eles precisam de consultas, exames ou qualquer outro procedimento que não seja possível realizar no cárcere. Nas palavras precisas das autoras do referido artigo:

A mulher, assim, é aquela que serve de ponte entre o homem e sua heterossexualidade e com os atributos de masculinidades dissociados da vida do crime. Além disso, a visita permite a verbalização das necessidades que não são legitimadas, como as necessidades em saúde. Desse modo, temos novamente a figura feminina assumindo seu posto de cuidadora do corpo social masculino, sendo elemento-chave para as formas de viver dos presos nos meandros biopolíticos do encarceramento. Sublinha-se que a PNAISH, quando promove em seus enunciados que os homens não se cuidam, aponta como solução que cabe às mulheres cuidar dos homens, cuidado refletido na mulher que deve levar seu companheiro para o serviço da atenção básica. (SANTOS; NARDI, 2014, p. 944).

Portanto, a saúde para o homem encarcerado é um obstáculo não somente físico, mas também social. A partir do momento que as relações estritas de hierarquia dentro da prisão e a obrigatoriedade tácita de um comportamento masculino e viril entram na equação, o acesso à saúde por parte dessa população masculina específica fica extremamente dificultado, tornando-se praticamente ausente. Como

Santos e Nardi (2014) dizem, muitos estudos relacionando a violência institucional com a saúde do homem ainda precisam ser realizados para que se possa ter uma real dimensão dessa problemática.

8.5 SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

É justamente por todas essas questões e condições discutidas que a população carcerária pode ser considerada como um grupo que está mais suscetível a ser acometido por doenças mentais. Segundo Constantino, Assis e Pinto (2016), as pessoas privadas de liberdade possuem uma taxa de acometimento de doença mental grave de 10 a 15%, enquanto essa mesma taxa é de apenas 2% para a população geral. E isso se repete para estudos realizados em vários países, como é o caso de uma pesquisa feita na França que registrou 40% de pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais. Em um outro estudo realizado na Inglaterra e na Escócia mostra que somente 1 em cada 10 pessoas encarceradas não apresenta nenhum tipo de transtorno mental.

Já na realidade brasileira – com dados do Estado de São Paulo – é possível notar que a situação não é diferente: 61,7% dos presos tiveram pelo menos um episódio de algum tipo de transtorno mental. Um dos principais transtornos apresentados por essa população é justamente a depressão, já que se encontram em um ambiente fechado, sem perspectiva de vida e sem muitas atividades para ocupar o tempo ocioso, além de outros fatores que são capazes de engatilhar uma depressão. (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

Constantino, Assis e Pinto (2016) aplicaram um questionário de autoavaliação com objetivo de avaliar sintomas de estresse e depressão para 1.573 pessoas privadas de liberdade, sendo 1.110 homens e 463 mulheres, no Rio de Janeiro, em 2013. Como dados sociodemográficos, os autores obtiveram como principais resultados: 54,5% com até 29 anos; 67,2% dos presos declarados como pardos/pretos; 80% praticantes de alguma religião; 73,9% dos presos homens relataram receber visitas na prisão, enquanto, com relação às mulheres presas, esse percentual cai para 58,6%.

Com relação aos sintomas de estresse, quase 36% dos homens e 58% das mulheres apresentavam tais sintomas. As autoras trazem o fator tempo de prisão como uma das principais causas para o estresse intramuros nos homens, enquanto nas mulheres as principais causas levantadas foram vínculo com a família e trabalho

na prisão. Já com relação aos sintomas de depressão, 24,8% dos homens e 39,6% das mulheres apresentaram sintomas de depressão moderada e foi possível dizer que as mulheres privadas de liberdade têm mais chances de apresentarem os sintomas desses dois agravos – estresse e depressão – comparativamente com os homens presos. (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

Já Coelho (2009) apresentou um estudo com o objetivo de verificar com os próprios presos quais eram as percepções que eles tinham acerca do que é estar saudável mentalmente e do que é não estar em pleno gozo de uma saúde mental. Segundo o relato dos próprios presos participantes do estudo, o que eles associam a estar mentalmente saudável é

(...) estudar, namorar, trabalhar, ler a Bíblia, fazer esporte, ter boa família, saber e fazer o que é certo, ter uma fisionomia normal, ser tranquilo, paciente, tratar bem as pessoas, comunicar-se com elas, pensar positivo, ter consciência do que faz, pensar antes de agir, ser inteligente, confiante, cuidar da saúde, ser sadio, sentir-se bem, não agredir, não usar droga, não ser influenciável, não ter problema financeiro, não sentir ódio nem mágoa, não ter distúrbio mental, não pensar ou fazer o mal, não pensar ou cometer violência, não praticar o crime. (COELHO, 2009, p. 569).

Podem ser percebidas nesse rol de características e atividades que os presos consideram como sinônimos de saúde mental influências específicas do ambiente e dos problemas que os cercam, é o caso de falas como “não praticar o crime” ou “não usar droga” e “não pensar ou cometer violência”. É por meio dessas falas que se torna perceptível o motivo de muitas das pessoas privadas de liberdade não se considerarem como detentoras de uma saúde mental, justamente porque se veem como pessoas que cometem exatamente o tipo de atitude que condenam como não-saudáveis.

Estar saudável biopsicossocialmente pode ser uma perspectiva bastante ampla e que, de novo, encontra obstáculos nas concepções biomédicas e curativistas da população em geral. Entretanto, quando restringimos essa população para contemplar somente a autopercepção de saúde mental das pessoas privadas de liberdade é possível notar que a percepção dessas pessoas está permeada pelos aspectos inerentes à vida na prisão e como eles são capazes de ditar o que é mentalmente saudável ou não.

Dando um enfoque para a população feminina privada de liberdade, Santos et al. (2017) realizaram um estudo com 40 mulheres privadas de liberdade, em uma

penitenciária do Rio de Janeiro, entre outubro de 2014 e janeiro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas para avaliar as condições determinantes da saúde da mulher encarcerada, principalmente no que dizia respeito à saúde mental.

Dados levantados pelos autores trouxeram que um dos principais fatores para o desencadeamento de transtornos mentais intramuros é a questão de uma vida pregressa à prisão já acometida por situações decorrentes da vulnerabilidade social dessas pessoas. É o caso de abuso de álcool e drogas, abuso familiar, abuso sexual, abuso psicológico, violência física etc. Vinte e quatro mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência antes do encarceramento e, dessas mulheres, vinte disseram que essa violência sofrida foi por parte de alguém da própria família. (SANTOS et al., 2017).

Quando essas mulheres são aprisionadas, a situação que encontram dentro dos muros do cárcere não é diferente da realidade conturbada da qual vieram. Encontram um ambiente permeado de violência física e psicológica e, por isso, são tão comuns os relatos dos mais diversos transtornos mentais nas prisões. Os principais sentimentos relatados pelas presas entrevistadas pelos autores foram “tristeza, dor, solidão, abandono, revolta e ansiedade”. (SANTOS et al., 2017, p. 4).

Além da ociosidade exacerbada e do abuso de medicamentos psicotrópicos como uma tentativa de escapar da realidade prisional, também é possível citar a vida sexual negligenciada dessas mulheres, o que também pode acabar trazendo consequências nas condições de saúde mental de cada mulher. Entre 40 participantes do estudo, 34 relataram que não praticam ou recebem visita íntima. Outro fator correlacionado é a situação de abandono familiar que muitas dessas mulheres têm que enfrentar, já que está presente em vários relatos a saudade da família e principalmente dos filhos. (SANTOS et al., 2017).

É por meio desses dados e problemáticas supracitados que fica cada vez mais evidente a necessidade de promoção de um ambiente prisional menos insalubre, estressante, superlotado, violento, hostil e outras características negativas que estão sabidamente presentes nas prisões brasileiras. Além disso, políticas de qualificação dos serviços de saúde mental têm que dar um enfoque especial para as mulheres privadas de liberdade, pois são elas que possuem maiores possibilidades de apresentarem sintomas de transtornos mentais justamente por serem, em comparação com os homens privados de liberdade, mais rechaçadas e deixadas de lado, até mesmo pela própria família.

8.6 GESTÃO DA SAÚDE DENTRO DAS PENITENCIÁRIAS

Quando o assunto é a qualidade e a aplicabilidade da gestão de saúde dentro das penitenciárias também é possível encontrar um sistema deficitário nesses quesitos, já que as políticas e programas voltados especificamente para as pessoas privadas de liberdade não são seguidos inteiramente ou até mesmo são totalmente ignorados.

Entretanto, há casos que apresentam mais sucesso de implementação de políticas em relação aos outros. É o caso da implementação do PNSSP no Distrito Federal e em Minas Gerais, que tiveram experiências exitosas em relação à gestão da saúde penitenciária e também pela ação exemplar de suas respectivas Secretarias de Saúde atuando fortemente nesse contexto. (SILVA, 2016).

O autor aponta algumas disparidades entre as próprias políticas voltadas para essa população, como é o caso da LEP que inclui assistência à saúde como de caráter preventivo e curativo, enquanto na no PNSSP elenca também a promoção da saúde e o PNAISP vai mais além e descreve ações de “promoção, prevenção, proteção, assistência, recuperação e vigilância em saúde”. (SILVA, 2016).

Além disso, também é possível citar as diferenças em termos de financiamento que o PNSSP e a PNAISP apresentam e como esse fator pode trazer mudanças em termos de gestão por parte dos órgãos governamentais. Como explicita o próprio autor:

(...) no Plano, o Ministério da Saúde ocupa-se com a maior parte do valor do incentivo financeiro à saúde penitenciária – 70% – e na Política com a totalidade do mesmo. Ou seja, ao longo de quase 20 anos, entre a entrada da saúde penitenciária na agenda do Ministério da Saúde em 1995 e o lançamento da PNAISP em 2014, o Ministério da Justiça deixa de ser oficialmente o responsável exclusivo pela alocação de qualquer valor monetário na “assistência à saúde” prevista na LEP de 1984. (SILVA, 2016, p. 2029).

Enquanto isso, Barsaglini, Kehrig e Arruda (2015) apontam que, apesar do PNSSP usar os princípios e diretrizes do SUS como arcabouço legal, quando as especificidades do contexto prisional são colocadas na equação podem gerar obstáculos que irão dificultar justamente a execução e a gestão dessa assistência à saúde. Porém, tais barreiras não podem ser consideradas como impeditivas da implementação das políticas específicas.

É nesse sentido que Barsaglini, Kehrig e Arruda (2015) buscaram analisar a visão de gestores a respeito das próprias políticas de gestão de saúde na Sistema

Prisional de Mato Grosso, principalmente a fim de compreender as dificuldades e os pontos favoráveis de tais políticas. Para isso, foram feitas entrevistas semiestruturadas com dois gestores da saúde atuantes no sistema prisional, em 2013.

Uma questão importante levantada por um dos gestores é em relação à dificuldade factual para atender ao critério quantitativo de ter uma equipe de saúde para cada 500 presos justamente porque não leva em consideração uma situação que é comum nos presídios: a superlotação. A superlotação é capaz de causar uma sobrecarga nessas equipes e problemas de provisão de insumos, o que acaba por gerar situações de tensão entre os entes gestores responsáveis. (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

Muitas incompatibilidades entre os serviços de saúde que são oferecidos dentro do cárcere e os serviços de saúde oferecidos para a população em geral também é outra dificuldade apresentada pelos gestores, já que tais serviços, por vezes, não consideram as especificidades e o contexto que as pessoas privadas de liberdade estão inseridas e acabam por oferecer o mesmo tipo de cuidado que a população extramuros recebe, deixando de lado princípios como o da equidade. (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

Diversas dificuldades – de implementação de gestão e até mesmo físicas – são relatadas pelos gestores, confirmando como, no papel, as políticas voltadas para as pessoas privadas de liberdade podem ser tidas como ideais, mas que, na prática, diversos empecilhos e situações que não possuem uma resolução fácil acabam por trazer consequências para todo o sistema prisional brasileiro e para as próprias pessoas privadas de liberdade (população essa que já é, a priori, tão negligenciada).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da análise da situação e da atenção à saúde dentro das prisões propriamente dita, é válido destacar como essas instituições vêm, a priori, com o papel de reeducação, ressocialização e regeneração, mas que não é exatamente isso que é visto na realidade, na qual esses espaços são meramente punitivistas, disciplinadores e controladores.

E é na própria sociedade em si que as instituições prisionais encontram respaldo, pois é a partir da coletividade que os processos de vigiar e punir têm a sua origem. É a mesma sociedade que leva com normalidade os homens encarcerados, mas que pune duplamente aquela mulher na mesma situação, muitas vezes abandonando-a.

Portanto, não é sem motivo que as prisões brasileiras podem ser vistas como locais de quase ou total ausência de direitos, inclusive de direitos humanos básicos, que deveriam ser inerentes a todo ser humano independentemente de classe social, cor, religião (ou ausência dela) e até mesmo dos crimes cometidos. Não é um tratamento desumano que vai trazer a punição devida àquelas pessoas em desacordo com a lei, mas sim a justiça sendo empregada em todas as instâncias, sem distinção alguma.

Em consequência dessa ausência de direitos tão comum nas prisões, também é comum, na mesma proporção, a carência de direitos específicos de saúde, já que esses direitos são assegurados minimamente ou são totalmente negligenciados. Mesmo com a ampla legislação acerca do assunto – contemplando inclusive as populações específicas, como as mulheres e os homens privados de liberdade, separadamente – o cenário que pode ser encontrado dentro das prisões brasileiras é totalmente diferente daquilo preconizado em lei.

O direito à saúde por parte das mulheres privadas de liberdade, por exemplo, é ainda mais deficitário por conta das especificidades que elas apresentam, como gravidez e maternidade intramuros, além da vida sexual e reprodutiva dessas mulheres ser totalmente reprimida. Situações e relatos completamente alarmantes, como é o caso de mulheres dando à luz algemadas, devem ser levadas com extrema preocupação por um país que preza pelos direitos humanos de todos os seus cidadãos, sem exceção.

É possível dizer que o descaso com as mulheres privadas de liberdade pode ser bem maior que aqueles relatados nos artigos estudados, porém muitos desses artigos e estudos focam somente na questão da gravidez e da maternidade e pouquíssimos estudos feitos com mulheres como ser autônomo, antes da maternidade defini-las somente como “mães”.

E não só as mulheres encarceradas que estão nessa situação de negação aos direitos à saúde, os próprios homens privados de liberdade também têm que encarar, de uma maneira diferente, uma realidade de privação de direitos, sendo que a única

privação que essas pessoas deveriam enfrentar é a de liberdade. Sendo assim, os muros dessas instituições são capazes de tirar o status de ser humano merecedor de direitos e objetificar essas pessoas, colocando-as à margem daquilo que é considerado normal e certo pela sociedade, ou seja, se os criminosos não têm seus direitos garantidos dentro da prisão é porque fizeram por merecer esse descaso.

O acesso à saúde, principalmente à saúde pública, já é problemático para população em geral que muitas vezes também tem que se deparar com situações de descuido, descaso e abandono nos serviços de saúde. Quando, então, o enfoque é colocado sobre a população carcerária, essa situação toma outras proporções porque é um recorte populacional que, segundo o senso comum, pode e deve sofrer todo tipo de punição que as instituições e o Estado são capazes de dar.

O Brasil é um país que tem visto sua população carcerária aumentar quase exponencialmente e são claras as consequências negativas disso. Não é questão de deixar de punir judicialmente as pessoas que cometem atos ilícitos, mas de repensar todo o modelo punitivista carcerário que muitas vezes coloca no mesmo patamar usuários e traficantes de drogas com homicidas e estupradores. As pessoas privadas de liberdade não podem sair de dentro dos muros prisionais piores do que entraram, seja na questão comportamental, como também na questão da saúde individual de cada uma dessas pessoas.

O Estado tem que promover um esforço conjunto entre os próprios presos; os profissionais de saúde que trabalham intramuros ou aqueles que recebem detentos em instituições vinculadas ao sistema prisional; os outros profissionais que possuem um contato direto e diário com as pessoas privadas de liberdade; e com a sociedade em si que ainda enxerga o preso como um degenerado e merecedor de sofrimento.

É preciso ter uma visão mais integral e universal do que é o cuidado e o acesso à saúde; é preciso compreender como a saúde é direito de todos os seres humanos e que, inclusive, esse direito assegurado ajudaria com todo o processo de reeducação e ressocialização das pessoas privadas de liberdade, uma vez que essas pessoas recebendo todo o tipo de atenção que é devida, isso teria reflexos positivos no comportamento delas intramuros e na sua perspectiva de vida quando elas forem reinseridas no convívio social.

Ações de promoção e prevenção de saúde têm que ser cada vez mais implementadas nos presídios, pois além disso tirar o foco curativista de uma saúde pautada na biomedicina, também traz consequências positivas para a saúde individual

de cada pessoa. É preciso ter em mente que o preso só deve ser privado de sua liberdade enquanto está pagando judicialmente pelo ilícito cometido, mas que ele não pode ser punido duplamente com uma ausência dos seus direitos – principalmente dos direitos à saúde pois é um direito que pode e deve ser visto como capaz de humanizar as pessoas.

10 REFERÊNCIAS

AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 109, p.112-124, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

BARBOSA, Mayara Lima et al. Primary health care of convicts in the penitentiary system: subsidies for nursing performance. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.586-592, 2014. GN1 Genesis Network.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; KEHRIG, Ruth Terezinha; ARRUDA, Marcia Bomfim de. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1119-1136, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

BATISTELA, Jamila Eliza; AMARAL, Marilda Ruiz Andrade. Breve histórico do sistema prisional. **Revista ETIC**, [s. l.], v. 4, n. 4, p.1-13, 2008.

BEZERRA, Itala Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal Of Human Growth And Development**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.11-16, 28 abr. 2016. NEPAS.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes. Entre a soberania da lei e o chão da prisão: a maternidade encarcerada. **Revista Direito Gv**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.523-546, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848**. Código Penal. Rio de Janeiro, 7 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 12 jun. 2018.

_____. **Lei nº 7.209**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, 11 jul. 1984a.

_____. **Lei nº 7.210**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 11 jul. 1984b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990a.

_____. **Lei nº 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990b.

_____. **Lei nº 8.069**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 jul. 1990c.

_____. **Lei nº 9.263.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 12 jan. 1996.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.777.** Brasília, 9 set. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

_____. **Resolução nº 4.** Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres seja assegurado o direito à visita íntima a pessoa presa, recolhida nos estabelecimentos prisionais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. [S. l.], 29 jun. 2011.

_____. **Resolução nº 266.** Brasília, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNAISP.** 2014?. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Tatiana Whately de Moura. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias:** INFOPEN - Junho de 2014. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, 2014a. 148 p. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2 jan. 2014b.

_____. **Portaria Interministerial nº 482.** Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 1 abr. 2014c.

_____. **Portaria Interministerial nº 94.** Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 14 jan. 2014d.

_____. **Portaria Interministerial nº 210.** Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Brasília, 16 jan. 2014e.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Thandara Santos (Org.). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias:** INFOPEN Atualização - Junho de 2016. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, 2017. 65 p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

CALDEIRA, Felipe Machado. A Evolução Histórica, Filosófica e Teórica da Pena. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 255-272, 2009.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316. Tradução de Ana Cristina Arantes Nasser

CHECHINEL, André et al. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **UNESC**, Criciúma, v. 5, n. 114, p.1-7, jan. 2016.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.567-575, 2009.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p. 2089-2100, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

DIUANA, Vilma et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1887-1896, jul. 2008.

_____, Vilma et al. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2041-2050, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

_____, Vilma; CORRÊA, Marilena C.D.V.; VENTURA, Miriam. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.727-747, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

DOMINGUES, Bruno. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 118, p.20-21, 2012.

ENGBRUCH, Werner; SANTIS, Bruno Moraes di. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**, [s. l.], n. 11, set. 2012.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis**, v. 21, n. 3, p.550-563, ago. 2016.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal**. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002. 766 p.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p. Tradução de Raquel Ramallete.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.905-924, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

LOPES, Tatiana Coelho; PINHEIRO, Roseni. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.1193-1212, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

MARCHINI NETO, Dirceu. A constituição brasileira de 1988 e os direitos humanos: garantias fundamentais e políticas de memória. **Revista Científica Facmais**, [s. L.], v. 2, n. 1, p.81-96, 2012.

MARTINS, Élida Lúcia Carvalho et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.1222-1234, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2031-2040, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 114, jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.492-499, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO).

PEREIRA, Éverton Luís. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2123-2134, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.931-949, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, Márcia Vieira dos et al. The physical health of women deprived of their freedom in a prison in the state of Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.1-7, 2017. GN1 Genesis Network.

SILVA, Fábio de Sá e. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, Alexandre Bernardino et al (Org.). **O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: Cead/unb, 2008. p. 241-252.

SILVA, Luzia Gomes da. Análise histórica do sistema penitenciário: subsídios para a busca de alternativas à humanização do sistema prisional. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.40751&seo=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.2021-2030, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

SIMAS, Luciana et al. A jurisprudência brasileira acerca da maternidade na prisão. **Revista Direito Gv**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.547-572, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.1999-2010, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO).